

Ce livre

DE LA

MÉDECINE OPÉRATOIRE,

OU

DES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE

QUI SE PRATIQUENT

LE PLUS FRÉQUEMMENT.

Par le C.en SABATIER, Chirurgien en chef à la maison nationale des Invalides, Professeur à l'Ecole de Santé, et membre de l'Institut national.

TOME PREMIER.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE.

M. DCC. XCVI.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

PRÉFACE.

JE remplis enfin l'engagement que j'ai contracté depuis longtemps, de publier les cahiers qui ont servi de base aux leçons que je donnois au Collège de Chirurgie sur l'art d'opérer, et que je donne encore à l'Ecole de santé sur la médecine opératoire.

En cédant à l'empressement de ceux qui ont désiré que je le prisse, j'ai moins consulté mes forces que l'envie de me rendre utile. J'ai senti qu'un ouvrage, dans lequel j'ai rassemblé des connoissances éparses dans une foule d'Auteurs tant anciens que modernes, pourroit épargner à ceux auxquels il est principalement destiné, des études aussi longues que pénibles,

et que l'ordre dans lequel ces connoissances sont présentées, les aideroit à se les graver dans la mémoire et à se les rappeler au besoin. Si j'ai tant différé à le faire paroître, c'est que j'ai toujours craint de n'avoir pas atteint le but que je m'étois proposé. J'espérois d'ailleurs, que quelqu'autre plus exercé que moi, se chargeroit de rédiger un Traité, que les progrès de la chirurgie moderne rendoient plus nécessaire de jour en jour. Un de mes collégues vient de remplir cette tâche; mais le livre que je publie aujourd'hui étoit prêt et déja livré à l'impression : ainsi le public en aura deux au lieu d'un, et il ne se plaindra plus qu'une des parties les plus importantes de l'art de guérir n'ait trouvé personne qui en réunît les principes,

et qui en fît un corps de doctrine.

Ce n'est pas que nous manquions d'ouvrages en ce genre; Il en a paru plusieurs depuis le commencement de ce siècle, tant en France que dans les pays étrangers; mais les uns, publiés avant 1750, ont déja vieilli; et les autres ne sont, pour ainsi dire, que des essais, dans lesquels on s'est contenté de parler des opérations les plus difficiles et les moins communes comme si celles dont l'exécution offre moins de difficulté, et qui sont d'un usage plus familier, ne devoient pas être concertées et exécutées avec autant de soin que les autres. Quoique je me sois proposé de n'en omettre aucune, il est possible qu'il m'en soit échappé plusieurs. Il y en a aussi dont je me suis abstenu à dessein de faire

mention, parce qu'elles appartiennent à des branches de la chirurgie qui sont cultivées à part, et qui paroissent en être totalement séparées, au moins selon nos usages. Telles sont celles qui s'exercent sur les dents, et la plupart de celles qui ont rapport aux accouchemens. J'ai pensé que ces opérations étant du ressort des dentistes et de ceux qui s'occupent des secours à donner aux femmes enceintes, je pouvois me dispenser de les faire entrer dans un Traité, où je n'ai eu en vue que de parler de celles que les chirurgiens proprement dits ont coutume de pratiquer.

Ces opérations peuvent être rangées sous deux classes principales. Les unes sont applicables aux maladies des parties molles; les autres le sont à celles

des parties dures. Les dernières avoient toujours été enseignées et décrites à part. On a senti, depuis quelque temps, que faisant partie essentielle de la chirurgie-pratique, elles ne devoient pas être confiées à des professeurs différens. Aussi le Comité d'instruction publique, en établissant les Ecoles de santé, a-t-il arrêté que ceux qui, dans ces écoles, sont chargés du cours des opérations ordinaires, le seroient aussi de celui des opérations qui s'exécutent sur les os. Je ne publie encore que ce qui concerne les premières. Les secondes feront l'objet d'un autre ouvrage, qui fera la seconde partie de celui-ci, et qui paroîtra sous peu, si les circonstances me permettent de me livrer aux études préparatoires qu'il exige.

Il ne suffit pas, en effet, pour décrire un art, d'en exposer les principes, et de faire connoître ceux de ses procédés qui sont le plus généralement adoptés; il faut encore rappeler ceux qui ont été mis en usage anciennement, afin que le lecteur puisse les comparer ensemble, et juger des raisons qui ont fait conserver les uns, et qui ont déterminé la préférence en faveur des autres. C'est du moins la marche que j'ai suivie en parlant des opérations qui se pratiquent sur les parties molles, et celle qui me semble la plus propre à instruire les élèves et à former leur jugement.

Ces opérations auroient pu être disposées dans un ordre plus méthodique que celui sous lequel je les présente. Par exemple, après avoir parlé de

celles qui sont relatives aux plaies en général, j'aurois pu continuer par celles qui sont applicables aux plaies de la tête, et à celles de la poitrine et du ventre. Il m'eût été également facile de traiter, dans un même article, des abcès en quelque partie du corps qu'ils se forment, et des fistules en quelque lieu qu'elles arrivent, et ainsi du reste; mais il m'a semblé plus naturel et plus simple de diviser les opérations en celles qui se pratiquent sur le ventre, sur la poitrine, sur la tête, sur les extrémités, et sur toutes les parties du corps indistinctement, ainsi que je l'ai toujours fait dans le cours d'enseignement public dont je suis chargé.

Quelqu'attention que j'aie eue de me renfermer dans mon sujet, je n'ai

pu me dispenser d'entrer dans des détails de pathologie assez étendus. Comment discerner les cas dans lesquels il convient d'opérer, et ceux qui exigent que l'on suive une méthode plutôt qu'une autre, si on ne connoît pas les diverses circonstances sous lesquelles les maladies peuvent se présenter? Cependant je n'ai pas dépassé les bornes que je m'étois prescrites, et je n'ai parlé des maladies, que dans le rapport qu'elles ont avec les procédés opératoires dont on fait usage pour en obtenir la guérison.

Les suites de ces procédés m'ont paru aussi mériter que je m'en occupasse avec soin. C'est avoir beaucoup fait pour le malade, que de l'avoir délivré de la maladie dont il étoit attaqué : mais l'opération qu'on vient de lui

faire lui en laisse une autre, dont il faut également le guérir. On n'y parvient qu'au moyen de pansemens méthodiques, soutenus par un régime exact, et secondés de quelques remèdes appropriés. Cette partie de l'art n'est pas moins intéressante que les autres, et je l'ai traitée aussi exactement que je l'ai pu.

Je m'étois flatté que je pourrois enrichir le texte de cet ouvrage d'un nombre suffisant de gravures destinées, non à représenter des instrumens qui sont entre les mains de tout le monde, ou qu'il est facile de se procurer, mais à rendre la manière de les tenir et l'usage qu'on en doit faire, à peu près comme celles qui se voient dans Tolet, dans Garengeot, et d'autres. Je m'étois proposé pour modèle

les belles planches qui accompagnent la traduction de la Chirurgie d'Hippocrate par Vidus Vidius, parce qu'étant linéaires, ces planches réunissent la simplicité et la clarté, et que des gravures de ce genre doivent être moins dispendieuses que d'autres. Le malheur des temps n'a pas permis qu'un projet aussi avantageux, et aussi propre à conserver les procédés de l'art, eût son exécution. Quelqu'autre aura peut-être la facilité de l'effectuer. Alors les élèves intelligens pourront parvenir seuls et sans maîtres, à s'exercer utilement sur les opérations les plus délicates, et à se mettre en état de les exécuter.

Il m'eût été facile de surcharger cet ouvrage d'un grand nombre de citations. J'ai cru qu'il suffisoit de

nommer les Auteurs de qui j'ai employé les principes et les observations, parce que leurs ouvrages étant connus, il est facile de vérifier ce que j'ai avancé d'après eux. Les Mémoires de l'Académie de Chirurgie m'ont été plus utiles qu'aucun autre. Aussi me suis-je plu à rendre partout hommage à cette Compagnie, qui m'a accueilli dans ma première jeunesse, dans laquelle j'ai passé ma vie presqu'entière, et dont les membres qui ne sont plus seront toujours présens à ma mémoire, comme ceux qui vivent encore sont chers à mon cœur. C'est elle, j'aime à le dire, qui a excité et soutenu mon zèle, et à qui je dois les instructions que je m'efforce de transmettre à la génération qui entre dans la carrière. Sa suppression laisseroit un vide bien préju-

diciable aux progrès de l'art, si elle n'étoit en quelque sorte remplacée par les Écoles de santé, dont les professeurs ne manqueront pas de s'occuper de ces progrès, autant par inclination que par devoir.

TABLE
DES MATIÈRES
CONTENUES
DANS LE TOME PREMIER.

Des Opérations qui se pratiquent sur le Ventre.

Des Opérations relatives aux plaies du Ventre.

Des Opérations relatives aux Hernies.

Des Hernies.

Des Opérations relatives aux Hydropisies du Ventre.

Observation

Des Opérations relatives à l'Hydrocèle. 242

De l'ouverture des Abcès au Foie.

De l'Opération Césarienne.

Des Polypes de la Matrice et du Vagin.

Des Opérations relatives aux déplacemens de la Matrice et du Vagin.

De la Castration.

De l'Opération du Phimosis.

De l'Opération du Paraphimosis.

De l'Amputation de la Verge.

Des Opérations relatives aux Imperforations de l'Anus, de l'Urèthre et du Vagin.

FIN DE LA TABLE DU TOME PREMIER.

TRAITÉ
DE
MÉDECINE OPÉRATOIRE,
PREMIÈRE PARTIE.

DES OPÉRATIONS
QUI SE PRATIQUENT SUR LE VENTRE.

Des Opérations relatives aux Plaies du ventre.

Les plaies du ventre se divisent en plaies non pénétrantes et en plaies pénétrantes. Il ne sera question ici que des dernières, parce que ce sont les seules qui soient susceptibles d'opérations que l'on puisse fixer par des préceptes.

Les plaies pénétrantes du ventre sont simples ou compliquées.

Des Plaies pénétrantes simples.

Celles dont la grandeur est médiocre n'exigent que des moyens simples.

On désigne ainsi celles qui ne sont accompagnées d'aucun accident. Celles de ces plaies qui sont étroites ou d'une grandeur médiocre, peuvent être guéries par des soins aussi sim-

ples qu'elles. Il suffit, en effet, de les couvrir avec des compresses trempées dans du vin tiède, que l'on soutient au moyen d'un bandage de corps. Ce bandage n'est autre chose qu'une serviette pliée en trois sur sa longueur, dont on couvre le ventre, et que l'on fixe en devant avec des épingles. Pour qu'il se dérange moins, on l'assujettit avec un scapulaire, c'est-à-dire, avec une bande de linge plus ou moins longue, large de quatre pouces, divisée en deux dans la plus grande partie de sa longueur, que l'on attache en arrière au bord supérieur de la serviette, par celui des deux bouts qui n'est pas fendu, et en devant par les deux autres que l'on a fait passer sur les épaules du malade.

Celles qui sont grandes ont toujours paru demander qu'on y remédiât par une suture.

Les plaies pénétrantes ou simples du ventre, dont l'étendue est un peu considérable, et celles qui sont grandes, ont toujours paru exiger qu'on en rapprochât et qu'on en maintînt les bords au moyen d'une suture que l'on a nommée gastroraphie, eu égard au lieu sur lequel on la pratique. Cette suture peut être faite de trois manières différentes.

Procédé de Galien.

Galien, qui craignoit, avec raison, que les bords du péritoine que l'on sait avoir peu d'épaisseur, ne se réunissent pas ensemble, vouloit qu'on pratiquât cette opération de façon que ces bords pussent se coller à ceux de la plaie du côté opposé. Il faut, dit-il, percer d'un côté les tégumens et les muscles avec l'aiguille

poussée de dehors en dedans, sans aller jusqu'au péritoine, et traverser cette membrane et les autres enveloppes du ventre du côté opposé de dedans en dehors; après quoi on percera de même les tégumens et les muscles de ce côté, sans toucher au péritoine, et on traversera cette membrane de dedans en dehors, en même temps que les muscles et les tégumens du premier côté; ce que l'on continuera de faire jusqu'à ce que la suture soit achevée.

Procédé moderne.

Les modernes suivent un procédé plus simple. Ils prennent autant de cordons de fil qu'ils se proposent de faire de points de suture. Chacun est fait de plusieurs brins cirés, et rangés les uns auprès des autres, de manière à former un ruban applati dont ils passent chacun des bouts dans une aiguille courbe, bien tranchante sur les côtés, et d'une grandeur convenable; ils introduisent ensuite le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie jusques sous le péritoine, qu'ils ramènent à eux, pendant qu'avec le pouce de la même main, ils assujettissent les tégumens en dehors; puis prenant une des aiguilles dont le cordon est armé, ils étendent le doigt indicateur de la main droite sur la convexité de cet instrument jusqu'auprès de sa pointe, et le fixent avec le pouce qu'ils placent sur sa concavité. L'aiguille est ainsi conduite dans le ventre,

jusques sur le lieu du péritoine qu'il convient de percer. Ce lieu est plus ou moins éloigné du bord de la plaie, suivant son étendue. La pointe de l'aiguille une fois fixée, ils retirent le doigt indicateur qui la couvroit, et le placent en travers sur sa convexité, afin d'avoir plus de force pour percer toutes les enveloppes du ventre de dedans en dehors. Lorsque l'aiguille est entièrement sortie, ils la dégagent et la retirent; après quoi, plaçant le doigt indicateur gauche resté dans le ventre sous le bord opposé de la plaie, et assujettissant de ce côté les tégumens et le péritoine, comme ils avoient fait de l'autre, ils prennent la seconde aiguille avec les mêmes précautions que la première, et percent le péritoine, les muscles et les tégumens de la même manière, vis-à-vis le point opposé, et à la même distance du bord de la plaie. Les autres cordons sont placés de même et à des distances égales; après quoi ils font rapprocher les bords de la plaie par un aide qui appuie, du plat de ses mains, sur les parties voisines, et arrête les extrémités des cordons par un nœud simple et par une rosette double, afin que la ligature puisse être lâchée en cas d'accident. Pour que cela soit plus facile, ils placent les nœuds sur le bord de la plaie le moins déclive, et ils les graissent avec un peu de beurre ou de pommade, de peur que les hu-

meurs qui doivent suinter de la plaie ne les collent. Il est indifférent de commencer par arrêter les cordons qui répondent au milieu de la plaie, ou par ceux qui répondent à ses extrémités. La suture achevée, ils mettent sur cette plaie un plumaceau sec ou couvert d'un onguent légèrement suppuratif; garnissent ses bords avec des compresses longues, étroites et suffisamment épaisses; couvrent celles-ci avec une compresse beaucoup plus grande et de forme carrée, et assujettissent le tout avec le bandage de corps et le scapulaire.

Quelques-uns préfèrent la suture encheville à celle que l'on vient de décrire. Elle n'en diffère qu'en ce qu'au lieu d'arrêter et de nouer ensemble les extrémités des cordons, on les fixe sur deux rouleaux de taffetas ciré de médiocre grosseur, et dont la longueur est proportionnée à celle de la plaie. Chaque cordon doit former une anse à l'une de ses extrémités, et cette anse doit répondre au bord de la plaie le plus déclive. Lorsqu'ils sont placés, on engage un des rouleaux dans ces anses, et après avoir écarté de l'autre côté les brins de fil dont les cordons sont formés, on place le second rouleau dans leur intervalle, et on l'assujettit par un nœud simple, suivi d'une rosette double. Le pansement est le même que si l'on eût fait la suture à points séparés.

Suture enchevillée.

On peut se dispenser de suture dans des plaies qui ne sont pas excessivement étendues.

On trouve dans un Mémoire sur l'abus des sutures, inséré dans le troisième volume de ceux de l'académie de chirurgie, des observations qui prouvent que les plaies du ventre se réunissent aisément au moyen d'une situation ou d'un bandage convenable, sans qu'il soit nécessaire de faire la gastroraphie; mais elles sont moins décisives que les histoires d'opérations césariennes, dont les plaies ont été guéries par ces moyens simples. Ce n'est pas que dans le plus grand nombre des cas on ait cru pouvoir se dispenser d'employer la gastroraphie dans le traitement de ces sortes de plaies, mais il est souvent arrivé que les fils ont déchiré les tégumens et les muscles, et qu'il n'ait pas été possible d'en mettre d'autres, soit parce que les choses étoient mal disposées, soit parce que les malades n'ont pas voulu y consentir: néanmoins on est parvenu à en procurer la réunion. Un bandage fait sur le modèle de ceux qui sont en usage pour les fractures compliquées, et qui sont connus sous le nom de bandages à dix-huit chefs, seroit très-convenable dans les plaies longitudinales du ventre, qui ont beaucoup d'étendue; et je suis bien trompé si quelqu'un ne s'en est pas déja servi pour réunir la plaie d'une opération césarienne, sur laquelle la suture avoit manqué.

Non-seulement

Non-seulement il est possible de se passer

de la gastroraphie dans le traitement des plaies du ventre, mais il est prouvé que cette opération a quelquefois donné lieu à des accidens fort graves. On a vu un homme en qui le hocquet et les vomissemens, qui avoient paru au moment de sa blessure, continuèrent malgré les secours qui lui furent administrés: le quatrième jour la plaie étoit enflammée et douloureuse. On jugea qu'il falloit couper deux points de suture qui lui avoient été faits, et abandonner la plaie à des pansemens simples pour diminuer les douleurs et le gonflement. Les espérances que l'on avoit conçues ne furent pas trompées : les accidens diminuèrent bientôt, et furent entièrement dissipés au bout de huit jours. La plaie ne tarda pas à se cicatriser. elles sont inutiles, mais elles sont nuisibles.

Il y a cependant des circonstances où il ne seroit pas possible de se dispenser de pratiquer la gastroraphie. Si, par exemple, le bas-ventre étoit ouvert transversalement d'un côté à l'autre par un coup de corne de taureau ; s'il étoit divisé dans une très-grande étendue par un coup de défense de sanglier, de bois de cerf, de rasoir ou de tout autre instrument ; si les intestins boursoufflés se présentoient opiniâtrement à l'ouverture de la plaie, et qu'ils ne pussent être réprimés et contenus par aucun autre moyen, on seroit obligé de pratiquer quelques points de suture. Mais on

en feroit le moins qu'il se pourroit, et on se serviroit de la suture à points séparés, préférablement à la suture enchevillée.

Quoi que l'on ait fait, il faut combattre les accidens.

Quelque procédé que l'on ait suivi pour approcher et maintenir les bords d'une plaie pénétrante dans le ventre, il faut prévenir et dissiper les accidens dont ces sortes de plaies sont ordinairement suivies, par des saignées plus ou moins réitérées suivant l'âge, le sexe et le tempérament du sujet, par un régime exact, et par des boissons rafraîchissantes. Les pansemens doivent être simples, et se faire à des temps éloignés. Quand on a pratiqué la suture, on ôte les fils aussitôt que la réunion paroît être faite.

Si on a fait la suture il faut ôter les fils.

Si c'est celle qui est à points séparés, on les coupe et on les ôte les uns après les autres. Si on a employé la suture enchevillée, on les coupe sur la cheville qui répond au bord le plus déclive de la plaie, et on ôte le rouleau de ce côté; puis prenant celui du côté opposé entre le pouce et les doigts indicateur et du milieu, et le renversant de haut en bas avec la précaution de faire soutenir les bords de la plaie par un aide qui les rapproche, on le retire avec les cordons qui ont servi à faire la suture, et qui décrivent en sortant une ligne courbe, toute semblable à celle qu'ils ont parcourue en entrant. On panse ensuite les ouvertures que les cordons ont laissées

avec un plumaceau couvert d'un peu de basilicum, et on continue, pendant quelques temps, l'usage des compresses unissantes et celui du bandage de corps, pour assurer de plus en plus la consolidation de la plaie.

Des Plaies pénétrantes et compliquées du ventre.

Les plaies pénétrantes et compliquées du ventre, le sont de l'issue de quelques-unes des parties contenues dans cette cavité, de la lésion d'une de ces parties, ou d'épanchement.

Des plaies du ventre compliquées de l'issue des parties.

Les parties dont l'issue complique les plaies pénétrantes du ventre, sont les intestins, l'épiploon, ou les intestins et l'épiploon ensemble.

1°. Ou les intestins déplacés sont libres, ou ils sont étranglés. Lorsqu'ils sont libres, et que la réduction peut en être faite, il faut y procéder. On fait coucher le malade sur le bord de son lit, et on le fait mettre dans une situation telle que les muscles soient dans le plus grand relâchement, et que la plaie se trouve à la partie la plus élevée du ventre. Si elle répond à la partie moyenne de cette cavité, le malade sera couché sur le dos, la tête, la poitrine et bassin élevés. Si elle est à sa partie supérieure, il aura la poitrine et la tête plus

1°. Les intestins sont déplacés. Comment procéder à leur réduction. S'ils sont libres, mettre le malade en situation.

hautes que le bassin ; et si elle répond à sa partie inférieure, le bassin sera plus élevé que la poitrine. Enfin, une plaie à la partie droite du ventre demande que le malade soit couché sur le côté gauche, *et vice versâ*, afin que la pesanteur des intestins qui les entraîne vers le lieu le plus déclive, favorise l'opération qu'on se propose de faire. Le malade situé, les intestins seront étuvés avec du vin tiède, ou avec de l'eau et de l'huile battues ensemble, en cas qu'ils aient été salis par le sang ou par la poussière, ou qu'ils aient été desséchés par l'action de l'air : ensuite le chirurgien les repoussera dans le ventre avec les doigts indicateurs de ses deux mains, qu'il portera dessus l'un après l'autre, afin de contenir avec le second la portion d'intestin déja réduite avec le premier, et perpendiculairement de peur que quelque portion intestinale ne se glisse entre les aponévroses du ventre où elle pourroit être étranglée. Cette attention est sur-tout nécessaire lorsque la plaie répond au muscle droit dont la face postérieure est médiocrement adhérente à la gaîne dans laquelle il est enfermé. Il faut aussi que le chirurgien ait le soin de faire rentrer les premiers les intestins qui se sont déplacés les derniers ; et s'ils sont en grande quantité, et qu'une portion de mésentère les ait suivis, elle doit être repoussée la première. On a plus de facilité à

Etuver et nettoyer les intestins.

Les repousser.

réduire les intestins si le malade peut faire de longues expirations, parce qu'alors le diaphragme qui monte vers la poitrine, ne fait pas d'efforts pour les pousser au dehors.

Lorsque les intestins sont étranglés, il faut faire ensorte d'en diminuer le volume, relâcher les bords de la plaie ou la débrider.

Comment procéder à leur réduction s'ils sont étranglés.

On diminue le volume des intestins en les maniant doucement, afin de faire passer dans le ventre les vents et une partie des matières qu'ils contiennent. On peut aussi, dans cette vue, en tirer hors du ventre une nouvelle quantité pour que les vents et les matières, étendus dans un plus grand espace, les boursoufflent moins et n'apportent pas autant d'obstacle à leur réduction. Paré vouloit qu'on y fît quelques piqûres avec une aiguille, et qu'on en fît sortir ainsi les vents. Il assure avoir plusieurs fois employé cette méthode avec succès. Rousset, son contemporain, dit qu'elle a été mise en usage par un chirurgien de ses amis, dans une plaie à l'épigastre, avec issue et étranglement d'une assez grande portion d'intestins; et Pierre Lowe, chirurgien anglais, s'en est, dit-on, plusieurs fois servi dans les hernies inguinales, quand les autres moyens avoient manqué. Garengeot, Sharp et Van-Swieten la conseillent encore; mais ils veulent qu'on se serve d'une aiguille ronde, qui ne fasse qu'écarter les fibres du canal intestinal,

En diminuer le volume.

Piqûres. Procédé proposé par Paré.

Rousset l'a vu employer avec succès.

Pierre Lowe, anglais, en a fait usage dans des hernies étranglées.

sans les couper comme feroit une aiguille plate ou triangulaire, dont les bords seroient tranchans, et disent qu'il ne faut y avoir recours que lorsque la quantité d'intestins sortis est énorme, et lorsqu'ils sont si remplis de vents qu'il seroit impossible de les réduire, même après avoir agrandi la plaie, et après avoir mis en usage, sans succès, tout ce qui est capable d'en favoriser la réduction. Ils recommandent aussi de cacher l'aiguille dont on veut se servir, afin que les assistans n'aient aucune connoissance de cette opération, en cas qu'elle ne réussisse pas aussi bien qu'on l'espère, ou qu'il en résulte des suites fâcheuses. Mais ces piqûres paroissent devoir être inutiles si on les fait avec une aiguille trop fine, parce que les ouvertures qui en résultent sont aussitôt bouchées par les mucosités dont le dedans des intestins est enduit, et dangereuses si l'aiguille dont on se sert est large et triangulaire à son extrémité, parce qu'elles peuvent attirer de l'inflammation, et même donner lieu à un épanchement de matières stercorales dans le ventre.

Leurs inconvéniens.

Relâcher les lèvres de la plaie.

On peut obtenir le relâchement des lèvres de la plaie en la couvrant avec des linges trempés dans de l'eau tiède seule ou mêlée avec du lait, ou avec de l'huile, dans un bouillon de fraise dè veau si, par hasard, on a la commodité de s'en procurer, ou dans une dé-

coction de plantes émollientes. De jeunes animaux, coupés par le milieu, et appliqués sur-le-champ sur la plaie et sur les intestins déplacés remplissent également bien cette intention. Il faut aussi tirer du sang au blessé, et sur-tout le faire mettre dans la situation qui convient.

Agrandir la plaie.

Lorsque ces moyens n'ont pas un prompt succès, on ne peut se dispenser d'agrandir la plaie, de peur que les intestins déplacés ne se tuméfient davantage, et qu'ils ne tombent en mortification. Le débridement qu'on en fait doit avoir le moins d'étendue qu'il est possible, afin de diminuer le danger de la hernie ventrale à laquelle ceux qui ont reçu des blessures au ventre sont exposés par la suite, et il doit être dirigé vers l'angle supérieur de la plaie pour les mêmes raisons, parce que les intestins pèsent plus sur la partie inférieure du ventre que sur la supérieure, et qu'ils sont plus sujets à se déplacer dans la suite lorsque la plaie descend, que lorsqu'elle se porte en haut. Cependant si l'angle supérieur de la plaie répondoit à la ligne blanche ou à la direction du ligament suspensoire du foie, il vaudroit mieux porter le débridement sur son angle inférieur; autrement on s'exposeroit à causer plus de douleur au malade, et à ne pas obtenir une consolidation parfaite, parce que les plaies des parties aponévrotiques se

réunissent difficilement, et peut-être à voir périr le malade par une hémorragie intérieure fournie par la veine ombilicale. Il est vrai que pour l'ordinaire cette veine est entièrement oblitérée dans l'adulte, et qu'elle ne forme plus qu'une substance ligamenteuse. Il y a cependant quelques sujets en qui elle conserve sa cavité jusqu'auprès du nombril. Fabrice de Hilden a vu périr sur-le-champ un jeune homme d'un coup d'épée au ventre, qui lui avoit fait une plaie fort étroite entre le bas des fausses-côtes et l'ombilic. Il fut étonné d'une mort si prompte, et trouva le lendemain, à l'ouverture du corps, qu'elle avoit été occasionnée par la blessure de la veine ombilicale. On a craint aussi que la section du ligament suspensoire du foie ne donnât lieu à quelque déplacement de ce viscère qui pourroit rendre la respiration moins libre, ou gêner le cours du sang dans la veine cave. On sera bientôt convaincu que cette crainte est chimérique, si on se rappelle que Riolan a trouvé ce ligament rompu et retiré vers le foie sur une danseuse éthiopienne fort agile, dont la respiration n'avoit jamais souffert.

Comment on procède ordinairement pour agrandir ou pour débrider la plaie.

Le procédé le plus ordinairement recommandé pour débrider la plaie, consiste à introduire dans le ventre une sonde cannelée, dont l'extrémité soit mousse et terminée par un cul-de-sac, de peur qu'elle ne blesse les intes-

tins sur lesquels on la conduit, ou que le bistouri qu'elle dirige ne sorte de sa cannelure, et n'aille offenser les parties intérieures. Le chirurgien doit la tenir de la main droite, et abaisser avec la gauche, placée en travers, le paquet intestinal qui remplit la plaie. Il la porte perpendiculairement dans le ventre, et lorsqu'elle y est parvenue, il la prend entre le pouce et le milieu du doigt indicateur de la main gauche, et retient les intestins avec les autres doigts de la même main étendus, afin qu'ils ne s'élèvent pas au-dessus de la cannelure de cet instrument. Il tire un peu à lui le paquet d'intestins déplacés, pour voir s'il n'y en auroit pas quelque portion de pincée entre la sonde et le bord de la plaie, et fait faire à cet instrument une bascule qui approche sa cannelure du péritoine; après quoi il prend de la main droite un bistouri qu'il tient entre le pouce et le doigt indicateur, le dos tourné vers la paume de la main et le tranchant en haut, et dont il fait glisser la pointe le long de la sonde, en lui faisant faire un angle assez aigu avec cet instrument, afin que sa pointe y demeure plus sûrement. Le bistouri est poussé aussi avant qu'on le croit nécessaire, et coupe les parties qui forment l'étranglement. Lorsqu'on juge que le débridement s'étend assez loin, on retire la sonde et le bistouri en même temps, et sans changer leur position respec-

tive, pour être bien sûr que la pointe de l'instrument tranchant ne s'est point égarée, et qu'elle n'a intéressé que les parties qu'elle devoit couper. Une des difficultés les plus grandes de cette opération est de contenir le paquet intestinal, et d'empêcher qu'il ne s'élève au-dessus de la cannelure de la sonde.

Sonde ailée de Méry.

Méry avoit autrefois imaginé, pour l'éviter, une sonde garnie vers le milieu de sa longueur d'une plaque de métal légèrement concave en dessous, et qui devoit appuyer sur les intestins. C'est ce qu'on nomme une sonde ailée : elle paroît très-propre à cet usage, et je suis étonné qu'elle ne soit pàs plus recommandée tant pour l'opération qui nous occupe, que pour le débridement et l'agrandissement de l'anneau dans les hernies étranglées.

Débrider avec le bistouri seul, porté sur l'ongle du doigt indicateur.

Lorsque l'étranglement est trop considérable pour permettre l'introduction de la sonde qui doit diriger le bistouri, le débridement de la plaie peut être fait comme il suit. Le chirurgien abaisse le paquet intestinal avec l'une de ses deux mains en le repoussant vers l'angle inférieur de la plaie, afin de mettre le supérieur à découvert autant que cela est possible, et de pouvoir y placer le doigt indicateur de la même main, l'ongle en dessus. Ce doigt appuie en outre sur la portion d'intestin la plus proche de cet angle, et la met à l'abri de l'action du bistouri que le chirurgièn prend

de

de l'autre main, et dont il doit porter l'extrémité sur les tégumens tout près de l'ongle, et comme s'il vouloit couper dessus. Les tégumens incisés autant qu'il est nécessaire, on incise de même les muscles et les aponévroses avec l'attention de les couper moins loin que la peau. Enfin, lorsqu'on est parvenu au péritoine, on peut l'inciser aussi, mais avec le secours d'une sonde cannelée qu'on glisse dessous; car il seroit à craindre, en procédant autrement, de blesser les intestins sur lesquels il porte immédiatement. Peut-être, cependant, peut-on se dispenser d'ouvrir cette membrane dans une plus grande étendue qu'elle ne l'a été par l'instrument qui a fait la plaie; car elle paroît d'un tissu trop lâche pour mettre obstacle à la rentrée des parties déplacées, et on convient assez généralement que ce sont la peau, les muscles et les aponévroses qui font seules l'étranglement.

Divers instrumens pour opérer le débridement.

On a proposé divers autres moyens pour débrider les plaies dont il s'agit. Tels sont le bistouri herniaire de Bien-aise, connu sous le nom d'Attrappe-Lourdaut; celui de Ledran, le bistouri gastrique de Morand, celui fait à la lime, de Jean-Louis Petit; mais ces instrumens ne sont employés par personne, et on leur préfère, avec raison, le bistouri conduit sur une sonde cannelée ou porté sur l'ongle, dont la manière d'agir ne tient point à leur

construction, et dépend en entier de l'intelligence de celui qui opère.

2°. L'épiploon est déplacé.

2°. L'épiploon, sorti d'une plaie pénétrante dans le ventre, n'y souffre pas toujours étranglement. Quelquefois il peut y être replacé avec facilité. Cette réduction se fait de la même manière que celle des intestins; c'est-à-dire, que le malade étant situé convenablement, et l'épiploon ayant été nettoyé, fomenté et lubréfié si on le juge à propos, le chirurgien doit le repousser avec les doigts indicateurs de l'une et l'autre main, portés alternativement et perpendiculairement, en prenant soin d'éviter de blesser cette membrane, qui est fort délicate, et qu'un rien peut altérer.

Comment procéder à la réduction si cette réduction est facile.

Mais si la plaie est étroite, et qu'une ou deux saignées faites en peu de temps, et des applications émollientes et résolutives n'aient pu faciliter la réduction de l'épiploon, il faut la débrider. Le débridement se fera vers l'angle inférieur si on se sert de la sonde cannelée, parce qu'autrement il seroit à craindre que l'extrémité de cet instrument perçât l'épiploon, qui vient toujours de la partie supérieure de la plaie, et que cette membrane fût ensuite blessée dans une plus grande étendue par le bistouri que l'on y fait glisser; mais si on se sert du bistouri porté sur l'ongle, on peut le faire également bien vers l'angle supérieur et vers l'inférieur.

Comment y procéder si on ne peut s'empêcher de débrider la plaie.

Lorsqu'on a fait cesser l'étranglement qui s'opposoit à la rentrée des intestins, le chirurgien doit les repousser dans le ventre, suivant le procédé qui a été décrit précédemment. Il n'en est pas de même lorsqu'on a débridé la plaie par laquelle l'épiploon s'est déplacé. L'action de l'air et la compression auxquelles cette membrane a été exposée peut y avoir produit de l'altération, ou y avoir attiré la gangrène. L'altération qu'indiquent le changement de couleur et le froid que l'on y remarque ne doit pas empêcher de réduire, l'expérience ayant montré qu'elle se dissipe aisément lorsque l'épiploon est remis en son lieu naturel. Mais lorsqu'il est frappé de gangrène, il faut retrancher ce qui est mortifié. Cette résection doit se faire avec des ciseaux, dans la partie morte, tout près de la partie saine. Il est nécessaire, avant d'y procéder, de développer et d'étendre la portion d'épiploon sur laquelle on va opérer, pour ne pas entamer les parties qui jouissent encore de la vie, ce qui pourroit donner lieu à un épanchement de sang dans le ventre. On lit dans la Bibliothèque de Chirurgie de Manget, qu'un homme ayant reçu un coup de couteau à deux travers de doigt du nombril, l'épiploon sortit de la plaie de la grandeur de la main. Un chirurgien l'ayant coupé sans y faire de ligature, il s'en suivit un épanchement de sang dans le ventre,

Ce qu'il faut faire si l'épiploon est frappé de gangrène.

accompagné de tension, de douleur et de fièvre. Pierre de Marchettis a vu un cas de la même espèce. Cependant il ne paroît pas que l'abcès survenu au bout de vingt jours, et dont il sortit une si grande quantité de pus quand on en eût fait l'ouverture, ait été occasionné par le sang qui s'étoit écoulé des vaisseaux de l'épiploon ; car les épanchemens de sang ne se terminent pas par de véritables abcès. Sans doute l'épiploon avoit déja contracté de la pourriture, et il aura suppuré après avoir été replacé dans le ventre. La précaution d'étendre l'épiploon avant d'en retrancher la portion gangrenée, n'est pas moins nécessaire pour éviter de blesser les intestins qui auroient pu s'échapper du ventre en même temps, et que l'on n'auroit pas aperçus. Sharp dit avoir trouvé plusieurs fois, en faisant l'opération de la hernie, de petites portions d'intestins enveloppées dans une si grande quantité d'épiploon, que s'il ne les avoit débarrassés avec soin, il auroit couru risque de les couper. Si quelques vaisseaux fournissent du sang, on les touche avec un pinceau trempé dans de l'alcohol ou dans de l'huile de térébenthine, ou on en fait la ligature ; après quoi on procède à la réduction de l'épiploon. Il n'est pas à craindre que son extrémité, venant à se séparer dans la suite, cause quelque dommage aux viscères du ventre. Comme elle est peu consi-

dérable, ou elle se consume d'elle même, ou elle sort par la plaie.

Autrefois on conseilloit de faire la ligature de l'épiploon avant de retrancher la portion de cette membrane qui est attaquée de gangrène.

Le procédé qui vient d'être exposé n'est en usage que depuis peu de temps. On a toujours conseillé de lier l'épiploon avant d'en retrancher la portion gangrénée. Cette ligature se faisoit de deux manières. Si la portion d'épiploon étoit peu considérable, on se contentoit de la lier avec un fil qu'on passoit au tour: si elle étoit d'un gros volume, on la développoit pour pouvoir la traverser en son milieu avec une aiguille droite, armée d'un double cordon de fil, sans blesser les vaisseaux qui s'y montrent, et ce cordon double servoit à y faire deux ligatures, une à droite et l'autre à gauche. L'épiploon ainsi lié dans sa partie saine, un peu au dessus de celle qui étoit morte, on retranchoit cette dernière avec des ciseaux, et on repoussoit le reste dans le ventre, avec la précaution de retenir vers l'angle supérieur de la plaie les fils qui avoient servi à cet usage. Ces fils, que l'on retiroit légèrement à soi au bout de huit à dix jours, et lorsqu'on présumoit que la partie liée étoit prête à se détacher, l'entraînoient au dehors. Ils empêchoient d'ailleurs que l'épiploon remontât trop haut dans le ventre après avoir été réduit, et qu'il s'éloignât trop de la plaie extérieure par où le pus qui couloit de la partie liée devoit se porter au dehors.

Les inconvéniens de cette ligature y ont fait renoncer.

Maréchal paroît le premier qui ait pris ce parti.

Il y a déja long-temps que des praticiens distingués ont cru pouvoir se dispenser de lier l'épiploon altéré. Dionis nous apprend que Maréchal, parvenu à la première place de son état, après s'être acquis la plus grande réputation par ses succès, avoit plusieurs fois remis l'épiploon dans le ventre sans y faire de ligature ni d'extirpation, et qu'il n'en étoit pas résulté d'accident. On sait, par tradition, que Boudou avoit renoncé à la ligature de l'épiploon, dont il n'avoit éprouvé que de mauvais effets et souvent funestes. Enfin Sharp, dont le Traité des Opérations a paru en français en 1741, s'est élevé contre ce procédé auquel il avoit trouvé de grands inconvéniens. « Si, dit-il, une portion considérable de l'épiploon vient à tomber, et qu'on y fasse une ligature près de son insertion, cette membrane ne pourra reprendre sa première situation lorsqu'elle aura été repoussée dans l'abdomen, parce qu'elle sera gênée par la ligature, et les efforts continuels qu'elle fera pour se remettre dans son premier état, pourront aussi avoir des suites très-fâcheuses. Il est vrai qu'on peut en quelque sorte les prévenir en faisant plusieurs ligatures, mais c'est un procédé fort incommode. » La gêne que l'épiploon éprouve, le froncement qui lui arrive, et la difficulté qu'il a à se remettre dans son état naturel, après avoir été lié, ne sont

Puis Boudou.

Sharp ensuite s'est élevé contre la ligature de l'épiploon.

pas les plus grands dangers qui résultent de cette méthode. Il est bien plus à craindre qu'elle y attire une inflammation dont les progrès peuvent s'étendre jusqu'à l'estomac et au colon. Une observation publiée par Pouteau montre combien cette crainte est fondée. On avoit fait l'opération du bubonocèle à un jeune homme de vingt-cinq ans. Il ne fut pas difficile, après avoir débridé, de réduire l'intestin qui parut assez sain. Une portion d'épiploon qui l'avoit suivie se trouva trop grosse pour pouvoir être remise dans le ventre sans porter le débridement trop loin; c'est pourquoi Pouteau se détermina à l'extirper, après y avoir fait une ligature. Peu après l'opération, les vomissemens auxquels l'étranglement avoit donné lieu cessèrent, et le ventre s'ouvrit. Mais le malade se plaignit bientôt d'une douleur vive à l'estomac. Toute la surface du ventre devint douloureuse, et le malade mourut trente-six heures après l'opération, quoiqu'on lui eût administré tous les secours que son état exigeoit. A l'ouverture du cadavre, on trouva une suppuration gangreneuse dans toute l'étendue de l'épiploon, qui avoit contracté par-tout des adhérences avec le péritoine.

Pouteau après a proposé de s'en passer, parce qu'il en avoit éprouvé les mauvais effets.

Les mauvais effets de la ligature de l'épiploon sont très marqués dans cette observation. Les expériences de Pipelet et Louis n'en

Expériences de Louis et de Pipelet à ce sujet.

sont pas une preuve moins convaincante. Elles ont été faites sur des chiens : on a tiré des portions d'épiploon plus ou moins considérables, du dedans du ventre de ces animaux. Aux uns, cette membrane a été maniée rudement, laissée hors du ventre exposée à l'action de l'air, ou bien elle a été réduite ; et dans tous ces cas les chiens ont paru peu incommodés. Ils ont conservé leur appétit et leur agilité ordinaire, et leurs plaies se sont guéries après la séparation des parties déplacées, en ceux chez qui cette membrane est demeurée hors du ventre. On a trouvé, après les avoir étranglés, qu'elle avoit contracté des adhérences simples avec le dedans de la plaie. Aux autres chiens, l'épiploon déplacé a été lié. Ceux-ci ont donné des marques de sensibilité, et ils ont paru malades, souffrants et sans appétit pendant quelques jours. Leur guérison a été plus lente ; et on a trouvé, après les avoir tués, que l'épiploon avoit contracté de plus fortes adhérences avec le dedans de la plaie, et qu'il formoit constamment en cet endroit une tumeur dure, dont le volume varioit suivant celui de la partie retranchée, et au centre de laquelle étoit un abcès rempli d'une matière blanche tirant sur le vert, qui auroit pu produire des accidens consécutifs dans le temps où ces animaux auroient paru le plus solidement guéris.

Cas dans lequel on peut se dispenser de débrider une plaie où l'épiploon est étranglé.

Il n'est pas toujours nécessaire de débrider les plaies du ventre compliquées de l'issue de l'épiploon, lors même que cette membrane y est étranglée. Si ces plaies ont peu d'étendue, si elles se trouvent situées à la partie supérieure de l'abdomen, et que la portion d'épiploon déplacée soit peu considérable, il vaut mieux abandonner cette portion à la nature, qui bientôt en opérera la séparation. Outre la douleur inséparable du débridement, on évitera qu'il survienne dans la suite une hernie ventrale, parce que l'épiploon contractera des adhérences avec le dedans de la plaie, à laquelle il servira pour ainsi dire de bouchon.

Quelques auteurs conseillent, dans ce cas, de couper l'épiploon au niveau de la plaie : mais ce procédé n'est pas absolument sans danger; car il pourroit arriver que cette partie fût entraînée dans le ventre par les mouvemens du malade, et que les vaisseaux récemment coupés donnassent du sang qui s'épanchât dans la cavité de l'abdomen. D'autres proposent de lier la portion d'épiploon sortie, et de la couper au-dessous de la ligature; ce qui ne peut avoir aucune suite fâcheuse, puisque la circulation y est déja presqu'entièrement interceptée par l'étranglement que les bords de la plaie des tégumens y causent.

Le précepte d'abandonner l'épiploon déplacé ne pourroit avoir lieu dans aucune autre cir-

constance. Si la quantité en étoit considérable, il seroit à craindre qu'il renfermât une portion d'intestin; ce qui donneroit lieu aux accidens les plus funestes. Si la plaie répondoit à la partie inférieure du ventre, l'adhérence que l'épiploon y contracteroit seroit beaucoup moins utile en prévenant la hernie, qu'elle ne pourroit être nuisible en occasionnant des tiraillemens à l'estomac. On a vu des malades qui ne pouvoient marcher sans douleur, et d'autres qui étoient obligés de rester toujours courbés en devant. J'ai lu, dans un des ouvrages publiés sous le nom de Boerrhaave, qu'un homme qui étoit dans ce cas, avoit été guéri d'une manière subite un jour qu'ayant beaucoup mangé, les tiraillemens de l'estomac devinrent si excessifs que l'épiploon se déchira à l'endroit de l'adhérence qu'il avoit contractée avec le péritoine, à la suite d'une hernie inguinale entéro-épiplocèle. Le malade survécut long-temps à ce déchirement qui fut fort douloureux, mais qui n'eut aucune suite. On trouva à l'ouverture de son corps, qu'une portion d'épiploon étoit restée adhérente au voisinage de l'anneau, pendant que le reste de cette membrane étoit dans sa position ordinaire. Il faut d'ailleurs être assuré que les symptômes dont le malade peut être attaqué, tels que la douleur et la tuméfaction du ventre, les hocquets, les vomissemens et

la fièvre viennent de l'irritation des parties intérieures, et ne dépendent pas du tiraillement que l'estomac et le colon éprouvent par la tension de l'épiploon retenu et étranglé dans la plaie. Les diverses situations que l'on fera prendre au malade ne laisseront aucun doute sur ce point; car si les accidens dont il vient d'être parlé sont produits par l'irritation, ils n'augmenteront pas quelle que soit celle qu'on lui donne.

3°. Les intestins et l'épiploon sortis ensemble par une plaie pénétrante dans le ventre, doivent être réduits sans agrandir la plaie, ou après en avoir fait le débridement, suivant les circonstances. Les procédés que ce cas exige sont les mêmes que ceux qui ont été recommandés précédemment : seulement il faut commencer par réduire les intestins qui sont déplacés les derniers; et lorsqu'on est dans la nécessité d'agrandir la plaie, cela doit se faire vers son angle inférieur, si on se sert du bistouri et de la sonde cannelée. La plaie est ensuite traitée comme il été dit en parlant des plaies pénétrantes et simples.

3°. Les intestins et l'épiploon sont déplacés en même temps.

Des Plaies du ventre compliquées de la lésion des parties intérieures.

Toutes les parties contenues dans le ventre, l'estomac, les intestins, le mésentère, l'épi-

ploon, le foie, le pancréas, la ratte, les reins et leurs capsules atrabilaires, la vessie, la matrice et les vaisseaux de toute espèce qui s'y distribuent peuvent être blessés par les instrumens qui pénètrent dans cette cavité. Il n'est pas toujours facile de connoître et de distinguer ces diverses lésions, parce que les signes qui les caractérisent se compliquent ensemble ou ne se montrent pas avec assez d'évidence. Ces signes se tirent de la situation et de la direction connues de la plaie, des excrétions naturelles ou accidentelles que le malade éprouve, et des symptômes propres à la lésion de chaque viscère. Par exemple, si la plaie répond à l'hypochondre droit, ou que l'on juge par sa direction qu'elle a pu se porter vers cette région, si le malade y ressent une douleur vive qui gêne sa respiration, si cette douleur s'étend jusqu'à l'épigastre et qu'elle se porte en entier le long du dos jusqu'à l'épaule et au cou, s'il sort de la plaie beaucoup de sang noirâtre, on juge que le foie a été blessé. De même lorsque la plaie s'étend dans une des régions que l'estomac occupe, lorsque le malade y ressent une douleur vive qui se communique à toute l'étendue du ventre, lorsqu'il a des hoquets, qu'il vomit, et que ce qu'il rend est mêlé de sang, lorsqu'il sort des alimens à moitié digérés par la plaie des tégumens, il est certain que l'estomac a été ouvert, et ainsi du reste.

D'où se tirent les signes de la lésion des parties intérieures du ventre.

De toutes les plaies du ventre compliquées de la lésion des parties intérieures, il n'y a que celles qui intéressent l'estomac et les intestins auxquelles on puisse remédier par des opérations ; mais les circonstances ne le permettent pas souvent. Si la plaie des tégumens est étroite, il faut se contenter de faire usage des remèdes généraux. Ce seroit une témérité bien grande que de donner plus d'étendue à cette plaie pour mettre l'intestin blessé à découvert, non qu'une grande ouverture au ventre ait rien de dangereux en soi, mais parce que le chirurgien ne pouvant connoître la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré, et la direction suivant laquelle il a glissé, il ne peut être sûr du lieu où l'intestin a été ouvert, de sorte qu'après avoir donné une étendue plus ou moins grande à la plaie, il faudroit peut-être tirer hors du ventre une grande portion du canal intestinal, pour trouver ce lieu. D'ailleurs, si la plaie intéresse quelqu'un des intestins dont la situation est fixe, le duodenum par exemple, les parties droite ou gauche du côlon, le cœcum, la partie supérieure du rectum, qu'aura-t-on gagné par ce procédé, ou pour mieux dire quels dangers n'aura-t-on pas ajouté à celui dans lequel le blessé se trouve par rapport à la nature des parties divisées?

Ces lésions n'exigent d'opérations que lorsqu'elles intéressent l'estomac ou les intestins.

Ce n'est donc que lorsque la plaie des tégu-

En quels cas.

mens est fort large, et lorsque les intestins blessés se présentent à son ouverture, ou lorsqu'ils en sont sortis, qu'on peut y pratiquer la suture, encore faut-il pour cela que la plaie faite aux intestins soit d'une certaine étendue ; car si elle étoit fort petite, il seroit plus avantageux de l'abandonner à elle-même que de risquer d'y attirer de l'inflammation ou du spasme, par une opération dont l'utilité seroit presque nulle. Il faut enfin que les intestins ne soient pas blessés en beaucoup d'endroits à la fois ; car il n'y auroit rien à espérer pour le malade, et il vaudroit mieux ne lui rien faire que de compromettre l'art et ses procédés. La grandeur de l'ouverture qu'ils pourroient présenter en cette circonstance ne seroit pas une raison pour regarder le blessé comme désespéré. Il y auroit encore de la ressource quand même un des intestins seroit totalement divisé, coupé en travers. On pourroit alors y pratiquer la suture suivant un procédé analogue à celui de Ramdhor, et qui sera décrit en parlant des hernies intestinales compliquées de gangrène.

Les sutures que l'on peut faire sont celles du pelletier et la suture à anse.

La suture du pelletier.

Les sutures qui conviennent aux plaies de l'estomac et des intestins sont celle du pelletier et la suture à anse. La première se pratique comme il suit. On prend une aiguille droite et ronde armée d'un fil simple et ciré, avec laquelle on perce obliquement les deux bords de la plaie après les avoir rapprochés l'un de

l'autre, et les avoir fait contenir par un aide, pendant qu'on les tient soi-même vers l'autre extrémité de la plaie. Le premier point de suture doit être fait à une ligne d'un des angles de cette plaie, et à une distance égale de chacun de ses bords. On tire le fil jusqu'à quatre à cinq pouces de son extrémité, puis on repasse l'aiguille une seconde fois du côté que l'on a percé le premier, et on traverse de nouveau les bords de la plaie avec la même obliquité, en passant le fil par dessus, comme cela se pratique dans l'espèce de couture que l'on nomme coûture à surjet. On continue de même jusqu'à ce qu'on soit arrivé auprès de l'autre angle de la plaie; puis on coupe les fils dont on a soin de conserver quatre à cinq pouces de long, comme on a fait en commençant la suture. Les deux bouts du fil sont donnés à l'aide qui les soutient légèrement et qui obéit au mouvement par lequel le chirurgien repousse l'intestin dans le ventre. Lorsque la réduction est faite, on les prend soi-même, et on les tire un peu en dehors pour que l'intestin s'approche de la surface intérieure de la plaie des tégumens, et qu'il puisse s'y coller. Si on est assez heureux pour guérir le malade, on ôte le fil cinq à six jours après, lorsque de légères douleurs de colique survenues au blessé indiquent que sa présence est inutile, et qu'elle commence à devenir nuisible. Pour cela, on le coupe d'un

côté tout près du ventre, et on le tire doucement de l'autre en rapprochant des bords de la plaie des tégumens avec le pouce et les doigts indicateur et du milieu de la main gauche. Quoique, par la précaution que l'on a prise de passer l'aiguille avec beaucoup d'obliquité, le fil décrive une spirale assez alongée, on craint qu'il ne puisse se dégager sans causer des tiraillemens capables de détruire quelques-uns des points de l'adhérence salutaire que l'intestin doit avoir contractée. Cette inquiétude seroit bien fondée si la présence du fil n'attiroit dans tout le trajet qu'il parcourt, une suppuration qui élargit ce trajet, et qui lui permet de sortir facilement. Il est bien plus à craindre que la présence du fil qui passe par dessus les bords de la plaie à chaque point de suture empêche que l'intestin ne se colle aux tégumens, comme cela doit arriver.

La suture à anse.

La suture du pelletier a été en usage de tous les temps. La suture à anse au contraire est une invention moderne. Je crois que Ledran est le premier qui l'ait décrite. Pour la pratiquer, on prend autant d'aiguilles droites, rondes et menues qu'on se propose de faire de points de suture, enfilées chacune d'un fil long d'un pied et non ciré. On passe les fils à travers les lèvres de la plaie des intestins, sans aucune obliquité, et à trois lignes de distance au moins les uns des autres. Quand ils sont

placée

placés, on ôte les aiguilles et on noue ensemble tous les fils d'un même côté. On noue de même ceux du côté opposé ; puis unissant les deux cordons qu'ils forment, on tortille ces cordons l'un avec l'autre pour qu'ils n'en fassent plus qu'un seul. Par ce moyen, la portion d'intestin divisée se fronce, et les points de suture qui étoient distans de deux ou trois lignes se rapprochent. C'est ce froncis, dit Ledran, qui ne permet pas aux bords de la plaie de s'écarter, et qui doit occasioner leur adhérence mutuelle sans que l'intestin soit obligé de se coller à aucune autre partie ; mais est-il bien sûr que les lèvres de la plaie des intestins puissent se réunir entre elles, et le peu d'épaisseur de leurs tuniques permet-il de l'espérer ? Lorsque les intestins ont été blessés, le salut du malade a toujours dépendu de ce qu'ils ont contracté des adhérences avec les parties voisines, et la suture à anse met obstacle à ces adhérences.

Autre manière de faire la suture de l'estomac et des intestins.

Il semble que l'on obtiendroit plus facilement la cohésion des plaies de l'estomac et de celles des intestins, en y pratiquant la suture qui suit. La partie blessée assujettie entre les doigts du chirurgien et ceux des aides, percez les deux lèvres de la plaie à une ligne ou deux de leur bord avec une aiguille droite et munie d'un fil simple et ciré. Percez une seconde fois, à pareille distance, et du côté par où l'aiguille

est sortie; continuez ainsi, de sorte que tous les points se trouvent rangés sur une même ligne et de file ; en opérant de cette manière, les lèvres de la plaie seront unies, et se présenteront sans interposition à celle des tégumens, avec laquelle rien n'empêchera qu'elles s'unissent ; et lorsqu'elles y seront colées, on pourra tirer le fil qui aura servi à faire la suture, sans crainte d'occasioner du tiraillement.

Les saignées, les fomentations émollientes et résolutives, la diète la plus austère, un repos exact et en quelques occasions, les lavemens nourrissans doivent être mis en usage pour seconder les bons effets de la suture. Quant à la plaie des tégumens, on en procurera la réunion par un des moyens décrits précédemment.

Des plaies du ventre compliquées d'épanchement.

Les plaies du ventre peuvent être compliquées d'épanchemens de sang, de matière chyleuse et stercorale, de bile et d'urine.

Les épanchemens de sang n'ont pas lieu toutes les fois que des vaisseaux un peu gros sont ouverts.

1°. Les épanchemens de sang sont les plus fréquens. Néanmoins ils n'ont pas lieu toutes les fois que des vaisseaux d'un calibre un peu considérable ont été ouverts, parce que l'action continuelle des viscères du bas-ventre les

uns sur les autres s'y oppose. Cette action, qui dépend de celle des muscles et du diaphragme, est bien prouvée par ce qu'on voit se passer à la suite de quelques opérations de hernie avec altération aux intestins ou à l'épiploon. Si ces viscères viennent à s'ouvrir ou à suppurer après avoir été réduits, la matière qui s'en échappe, le pus qu'ils fournissent ne se perdent pas dans le ventre. Ils se rendent vers la plaie des tégumens et s'écoulent au dehors. On a même vu dans des cas de cette espèce la matière qui sortoit d'un intestin altéré séjourner dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, parce que le chirurgien bouchoit la plaie avec une grosse tente. Lorsque l'action dont on vient de parler n'est pas suffisante pour empêcher le sang de sortir de ses vaisseaux, elle prévient son effusion dans les circonvolutions intestinales, et le force à se rassembler dans un seul foyer, lequel répond ordinairement à la partie inférieure et antérieure du ventre, au-dessus de la partie latérale du pubis, et au côté de l'un des muscles droits, soit que la pesanteur l'entraîne vers ce lieu qui est le plus déclive, ou qu'il y trouve moins de résistance que par-tout ailleurs. Il sembleroit à l'ouverture des personnes mortes avec ces espèces d'épanchemens, que les choses ne se passent pas ainsi, et que le sang est répandu indistinctement dans toutes les parties du ventre. Mais

Le sang se rassemble dans un seul foyer.

lorsqu'on fait l'ouverture avec attention et que le corps n'a pas été manié avec rudesse, on voit que le sang ne s'insinue entre les intestins qu'au moment où le ventre est ouvert, et que l'amas qui s'en étoit fait se trouve renfermé comme dans une poche; souvent même cette poche est circonscrite et bornée par des parois épaisses et de consistance coënneuse. Cela arrive lorsque l'épanchement est un peu ancien. Effectivement, le sang qui est dans une sorte de stagnation se décompose. Ses parties lymphatiques se réunissent comme s'il étoit dans une poëlette. Mais au lieu de former une croûte que sa légèrete porte vers les parties supérieures, cette croûte coënneuse se fait à la circonférence du foyer où son épaisseur est augmentée par la mucosité que les intestins fournissent dans ce cas, comme dans ceux où ils éprouvent une inflammation médiocre.

Il est enfermé comme dans une poche.

C'est aux changemens qui surviennent à la poche dans laquelle est contenu le sang épanché, qu'il faut attribuer les accidens qui en annoncent la présence. Ces accidens n'arrivent pas au moment de la blessure qui a donné lieu à l'épanchement. Ils ne se manifestent qu'après coup, et même qnelquefois dix, douze à quinze jours après, de sorte que pour connoître les épanchemens de sang, il faut distinguer les signes des plaies que ces épanchemens compliquent, en signes primitifs et en signes con-

Les changemens qui arrivent dans cette poche, donnent lieu aux accidens qui en annoncent la présence.

Ces accidens sont consécutifs.

sécutifs. Les premiers naissent de la division des parties blessées. Cette division produit de la douleur, de l'irritation, de la tension et de l'engorgement, source naturelle des autres accidens qui surviennent, et qui varient suivant la nature des parties enflammées et le degré d'inflammation ; tels sont le hoquet, le vomissement, la constipation, la suppression ou la diminution de la bile et des urines; et lorsque l'inflammation est parvenue au plus haut degré, la concentration et l'anéantissement du pouls, les foiblesses et les sueurs froides.

Lorsque ces symptômes, après avoir été dissipés par les secours de l'art, se remontrent au bout de quelque temps, ou lorsqu'ils se prolongent au-delà du terme ordinaire, ils sont consécutifs. Le sang amassé ne nuit ni par son volume, ni par l'acrimonie qu'il exerce sur les parties soumises à son action. La quantité n'en est pas assez considérable pour gêner les fonctions des viscères, et la poche dans laquelle il est renfermé, l'empêche d'agir sur eux. Il ne produiroit que des incommodités médiocres sans les changemens qui lui arrivent. La chaleur du lieu, la stagnation dans laquelle il reste, l'humidité qui transpire abondamment des parties voisines et qui le pénètrent sous forme de vapeurs, y excitent un mouvement intérieur qui en augmente le

volume. Le foyer qui le renferme se distend; il presse sur ce qui l'entoure. L'enveloppe du foyer exerce des tiraillemens sur les viscères avec lesquels elle a contracté des adhérences. La tension, l'irritation, les douleurs et l'inflammation se renouvellent. En un mot, il survient des symptômes semblables à ceux des dépôts non ouverts, ce qui n'auroit pas lieu sans les adhérences du caillot qui borne le foyer de l'épanchement. Ces symptômes doivent varier suivant la situation de ce foyer. Lorsqu'il est à la partie inférieure et antérieure du ventre, le malade y ressent des douleurs qui commencent vers la région hypogastrique. Il est constipé, et a des irritations à la vessie et des envies d'uriner qu'il ne peut satisfaire. Enfin, il y a une tumeur dans laquelle la fluctuation se fait sentir avec plus ou moins d'évidence.

Les épanchemens de sang dans le ventre doivent être évacués.

Si toutes ces circonstances se trouvent réunies, on ne peut douter qu'il n'y ait un épanchement de sang dans le ventre, et on ne doit pas hésiter à lui donner issue par une incision pratiquée sur le lieu le plus déclive du foyer qu'il occupe. Cette opération a été faite en 1733 par Vacher, chirurgien major de l'hôpital militaire de Besançon, et depuis membre du collège de chirurgie de Paris, sur un soldat blessé seize jours avant à la région épigastrique, un peu au dessous du cartilage xyphoïde, et à pa-

Exemple publié par Vacher de Besançon.

reille distance de la ligne blanche. Il y avoit eu une rémission de symptômes telle que du douze au quinze, le malade avoit paru entièrement hors d'affaire. Mais le retour des accidens ayant fait soupçonner un épanchement, on fit de nouvelles recherches au moyen desquelles on découvrit une tumeur à la partie moyenne et droite de la région hypogastrique. Cette tumeur fut ouverte. Il en sortit du sang noir, grumelé et de mauvaise odeur, à la quantité de trois chopines. Le malade fut soulagé sur le champ, et il a été guéri en un mois de temps par les soins méthodiques qui lui ont été donnés. Petit le fils a fait depuis la même opération sans succès, parce que l'inflammation avoit fait trop de progrès. On croyoit que cette opération étoit nouvelle. Cependant on en trouve un exemple parmi les observations de Cabrole. Un gendarme italien, dit cet auteur, reçut un coup d'une épée ſort aiguë à l'hypocondre droit jusques dans la substance du foie, avec grande hémorragie, laquelle ne pouvant sortir par la plaie, se répandit dans le ventre en grande quantité, et il se fit une corruption telle qu'on ne pouvoit en supporter la puanteur. C'est pourquoi, continue-t-il, nous fûmes d'avis de lui faire une ouverture assez grande pour vider ce sang, étant contraints, parce qu'il étoit coagulé, de le tirer avec une cuiller à grande

On en trouve un dans Cabrole.

queue, à grands plats tout pleins, et ce deux fois le jour et quelquefois trois, jusqu'à parfaite guérison.

2°. Les épanchemens de matières chileuses et stercorales.

2°. Les matières chileuses et stercorales ont beaucoup moins de facilité à s'épancher dans le ventre que le sang, parce qu'elles n'ont pas besoin de trouver hors de l'estomac et des intestins une résistance bien grande pour être déterminées à continuer leur route; cependant elles forment quelquefois des épanchemens lorsque les plaies sont grandes, et que les viscères blessés entrent dans des convulsions qui diminuent leur capacité.

Moins fréquens que les épanchemens de sang.

Rien ne prouve mieux la difficulté que les matières chileuses et stercorales trouvent à sortir des canaux qui les contiennent, que l'efficacité de l'émétique dans les plaies de l'estomac, lors même que ce viscère est plein d'alimens; car si la résistance que ces alimens trouvent à leur épanchement n'étoit considérable, ils tomberoient dans le ventre plutôt que de sortir par le vomissement. Il y a ceci de particulier dans les plaies de l'estomac et des intestins, que l'ouverture qui a permis aux matières qu'ils contiennent de s'épancher au dehors, peut leur permettre d'y rentrer. C'est ce qui fait qu'on voit quelquefois des blessés rendre beaucoup de sang par les selles, quoique leurs plaies ne paroissent pas graves. Il n'est pas vraisemblable que ce sang sorte des

des vaisseaux répandus sur la tunique des intestins. Il faut donc qu'il se soit échappé de ceux du voisinage, et qu'ayant trouvé trop de résistance à s'épancher dans le ventre, il ait pris le chemin du canal intestinal : d'où il suit qu'il est possible que les épanchemens de matières chileuses et stercorales se dissipent et sortent par la voie des selles, lorsque la quantité de ces matières est peu considérable.

On reconnoit les épanchemens de cette espèce par la fièvre ardente, la sécheresse de la bouche, de la langue, du gosier, l'altération excessive, le gonflement et les douleurs du ventre, les mouvemens convulsifs, les hoquets et les vomissemens dont les malades sont attaqués dès le second jour de la blessure. Les seuls secours qu'on puisse leur administrer sont les remèdes généraux, tels que les saignées, l'application des fomentations émollientes, la diète la plus rigoureuse, les calmans, etc. S'ils n'en sont pas promptement soulagés, une inflammation gangreneuse s'empare de tous les viscères, et ils périssent en peu de jours. Leurs signes.

3°. Les épanchemens de bile doivent se faire plus aisément, eu égard à l'affinité qui règne entre cette liqueur et la sérosité dont les intestins du ventre sont continuellement humectés. D'ailleurs, son excessive acreté doit exciter des mouvemens convulsifs dans les membranes de la vésicule du fiel blessée, et déterminer 3°. Les épanchemens de bile.

cette vésicule à des contractions assez fortes pour accélérer l'effusion de toute la liqueur qu'elle contient. Néanmoins les exemples de ces sortes d'épanchemens sont extrêmement rares; ce qui vient sans doute du peu de volume de la vésicule du fiel dans l'état naturel, et de ce que cette vésicule est assez profondément cachée entre la face concave du foie et la partie supérieure et droite du colon. Je n'en ai trouvé qu'un seul. Ce fait, après avoir été communiqué à la société de Londres par le docteur Steward, a été inséré par extrait dans le troisième volume des essais d'Edimbourg et dans les commentaires de Van Swieten sur les Aphorismes de Boerhaave. Le voici.

Exemple tiré des transactions philosophiques.

Un cavalier reçut au ventre une plaie qui pénétra jusqu'à la vésicule du fiel. Les symptômes qui accompagnèrent cette blessure pendant les sept jours que le malade vécut, furent une grande tension dans le ventre avec borborygmes, et sans qu'il rendît des vents par haut ni par bas. Il ne vida rien par les selles, et les urines coulèrent en petite quantité, nonobstant les purgations et les lavemens qu'on lui donna, et quoiqu'il prît une grande quantité de boissons et d'alimens liquides convenables à sa situation. Le malade n'eut pas un instant de sommeil tranquille. Au contraire, ce sommeil fut toujours interrompu malgré l'usage des anodins. Il n'avoit aucune apparence de

fièvre, et son pouls se soutint toujours dans l'état naturel jusqu'au dernier jour de sa vie, qu'il devint intermittent. Après sa mort on trouva les intestins très-distendus, la vésicule du fiel entièrement vide, et une grande quantité de bile répandue dans le ventre.

Exemple particulier à l'auteur.

J'ai eu occasion d'observer les symptômes d'un épanchement de bile arrivé à la suite d'une blessure de la même espèce. Le ventre du malade se gonfla promptement. Sa respiration devint difficile. Il se plaignit peu de temps après de tension et de douleurs à l'hypochondre droit. Son pouls étoit petit, fréquent et concentré, ses extrémités froides et son visage décoloré. Deux saignées qui lui furent faites le premier jour le calmèrent un peu; mais la tension du ventre et la gêne de la respiration ne se dissipèrent pas. Une troisième saignée le jeta dans le plus grand anéantissement; il vomit des matières verdâtres. Le troisième jour je commençai à m'apercevoir que le ventre étoit plus élevé à sa partie inférieure, antérieure et droite, que par-tout ailleurs. On y sentoit une fluctuation manifeste qui ne permettoit pas de douter qu'il n'y eût quelque liqueur épanchée. J'y portai un coup de trocart qui donna issue à une liqueur verte tirant sur le noir, et sans odeur. Il ne me fut pas difficile de voir que cette liqueur étoit de la bile toute pure, et que la vésicule du fiel étoit

percée. Le malade s'affoiblit après cette opération, et mourut en peu d'heures A l'ouverture de son corps, je trouvai une assez grande quantité de bile jaune entre le péritoine et les intestins. Cette liqueur n'avoit pas pénétré entre leurs circonvolutions. Un vernis épais les colloit ensemble. Ils étoient prodigieusement distendus. La vésicule du fiel étoit affaissée sur elle-même et presque vide. On voyoit vers son fond une plaie d'une ligne et demie de longeur, et qui répondoit à une semblable plaie du péritoine; de sorte que le coup qui étoit à la partie moyenne et inférieure de la région hypocondriaque droite entre la troisième et la quatrième des fausses côtes, avoit glissé de derrière en devant, et de haut en bas entre les parties cartilagineuses de ces côtes, pour atteindre le fond de la vésicule.

Les symptômes survenus aux deux malades dont je viens de parler, ont été à peu près les mêmes. Ils ont eu le ventre fort tendu sans douleurs et sans borborygmes, et ils ont été constipés. Leur pouls a été très-foible les derniers jours de leur vie, et ils ont été attaqués de hoquets, de nausées et de vomissemens. On ne peut cependant pas assurer que la même chose doive arriver dans tous les cas où la vésicule du fiel est blessée sans que les autres viscères soient endommagés, et il faut attendre que de nouveaux faits viennent confirmer

ceux qui nous sont connus. Ce qui paroît certain, c'est que les épanchemens de bile qui sont la suite de ces sortes de plaies, sont absolument mortels, et par conséquent qu'ils ne permettent aucune opération.

4°. Les urines ayant avec l'humeur qui transpire de toutes les parties du bas-ventre, la même analogie que la bile, doivent s'épancher dans cette cavité aussi facilement qu'elle, lorsque la vessie est ouverte du côté du péritoine. Si on ne parvient pas à les détourner de la plaie de la vessie au moyen d'une sonde qui les transmette au dehors, le malade périt en peu de temps; mais si on place une sonde de bonne heure et que la plaie ne soit pas d'une grande étendue, on peut espérer de le conserver. Il y a un grand nombre d'exemples de plaies à la vessie, même faites par armes à feu, lesquelles n'ont pas été mortelles. Peut-être ces plaies n'intéressoient-elles que les parties latérales et inférieures de ce viscère; au lieu qu'il est sûr qu'on l'a plusieurs fois ouverte à sa partie supérieure en faisant l'opération de la taille au haut appareil. L'accident ayant été connu, on y a remédié sur le champ, et les malades sont guéris.

4°. Les épanchemens d'urine.

Des Opérations relatives aux Hernies.

Des Hernies.

Les hernies sont des tumeurs formées par le déplacement des parties molles. Il s'en élève à la circonférence du ventre, à la poitrine et à la tête. Il ne sera question ici que des premières.

Ces tumeurs prennent différens noms, suivant les lieux où elles se manifestent. Celles qui paroissent au pli de l'aine et qui descendent ensuite le long du cordon spermatique ou du ligament rond de la matrice, s'appellent hernies inguinales. Celles qui se montrent à la partie antérieure et supérieure de la cuisse se nomment hernies crurales. On appelle hernies ombilicales ou exomphales celles qui sont situées aux environs de l'ombilic. Celles qui ont leur siège à la partie supérieure et interne de la cuisse, près du scrotum ou des grandes lèvres, sont connues sous le nom de hernies du trou ovalaire. Les hernies qui se manifestent à la partie supérieure et postérieure de la cuisse, au dessous du pli de la fesse, sont les hernies ischiatiques. Celles qui descendent dans le vagin portent le nom de hernies vaginales. Lorsqu'elles occupent un des côtés du périné, ce sont des hernies du périné. Celles enfin

qui paroissent en tout autre lieu de la circonférence du ventre, sont nommées hernies ventrales. Quelques-unes de ces tumeurs prennent aussi leurs noms des parties qu'elles renferment; telles sont les hernies de l'estomac, celles de la matrice, et celles de la vessie urinaire.

Les viscères dont le déplacement forme ces différentes espèces de hernies, sont enfermés dans une poche membraneuse qui leur est fournie par le péritoine. Cette poche est ce qu'on nomme le sac herniaire Il y a peu de hernies où elle ne se rencontre. Les anciens, qui ne croyoient pas que le péritoine pût s'étendre assez promptement pour fournir une enveloppe aux parties qui sortent du ventre quand les hernies paroissent d'une manière subite, pensoient que ces hernies étoient faites par rupture, et que les autres se faisoient par dilatation. Cette distinction n'est plus admise, parce que les hernies qui arrivent promptement, et celles qui se font d'une manière lente, ont également un sac herniaire.

Des Hernies inguinales.

Les hernies inguinales sont faites par les intestins, l'épiploon, les intestins et l'épiploon, ou par la vessie urinaire, et portent le nom d'entérocèle, d'epiplocèle, d'entéro-épiplocèle

Elles se font à travers l'anneau.

et de hernies de vessie. Ces parties sortent ordinairement du ventre au dessous du bord inférieur des muscles transverse et oblique interne, et par l'anneau de l'oblique externe. Quelquefois aussi elles se déplacent par un écartement des fibres de ce muscle près de l'anneau. Jean-Louis Petit en a fait le premier l'observation sur le cadavre d'un jeune homme qui avoit été tourmenté des accidens de l'étranglement. La tumeur étoit dure et grosse comme une noix. Depuis il a vu la même chose sur un malade dont la hernie étoit au dessus du pilier interne de l'anneau. Le mal étoit ancien, et les parties se replacèrent aisément. Il étoit facile d'introduire le doigt dans l'anneau. Une autre observation plus singulière, c'est qu'il a rencontré des hernies qui étoient au dessous de l'aponévrose du grand muscle oblique dont elles ne dépassoient pas l'ouverture. La tumeur étoit large et plate.

Et quelquefois à travers l'écartement des fibres des muscles.

Hernies de naissance.

Les parties déplacées dans les hernies inguinales sont presque toujours renfermées dans une poche qui leur est particulière. Quelquefois aussi cette poche leur est commune avec le testicule qu'elles touchent immédiatement. Peu d'auteurs ont connu cette disposition. Ceux qui l'ont observée ont cru qu'elle dépendoit d'une rupture accidentelle arrivée au sac herniaire et à la tunique vaginale du testicule.

Telle

Telle étoit l'opinion reçue lorsque Sharp écrivoit ses recherches sur l'état présent de la chirurgie, en 1750. Les observations de Jean Hunter ne permettent plus de douter que les hernies où elle se rencontre ne soient des hernies de naissance. Elle vient de ce que les viscères qui ont glissé dans la poche qui précède le testicule prêt à sortir du ventre, empêchent que cette poche ne se ferme lorsqu'il est descendu dans le lieu qu'il doit occuper, ainsi que cela arrive ordinairement.

Différence des hernies inguinales.

Les hernies inguinales ne diffèrent pas seulement eu égard aux parties qui les forment. Ces hernies présentent d'autres variétés relatives au degré où elles sont parvenues, et à la manière prompte ou lente dont elles se sont manifestées. Lorsqu'elles ont fait peu de progrès et qu'elles ne débordent pas le pli de l'aine, on les nomme hernies incomplètes ou bubonocèles. Lorsqu'elles ont glissé jusques dans les bourses ou dans l'épaisseur des grandes lèvres, on les appelle hernies complètes ou oschéocèles. Les unes et les autres ont paru d'une manière subite ou lente, et sont nouvelles ou anciennes. Cette dernière différence mérite d'être remarquée, en ce que les hernies qui paroissent sur le champ, et celles qui sont récentes ont pour l'ordinaire un sac fort mince, au lieu que celles qui se sont formées avec lenteur, et celles qui sont anciennes en ont un plus ou moins épais.

De la Hernie inguinale entérocèle.

Les intestins dont le déplacement donne le plus souvent lieu à cette espèce de hernie, sont le jéjunum et l'iléon. Le colon et le cœcum s'y rencontrent aussi, mais plus rarement. La tumeur qu'elle présente est égale, rénitente, plus étroite à l'endroit de l'anneau qu'ailleurs, sans changement de couleur à la peau. Ses dimensions augmentent lorsque le malade est debout, et diminuent lorsqu'il est couché. S'il retient sa respiration ou qu'il fasse effort pour se moucher ou pour tousser, elle devient plus dure et paroît se porter davantage au dehors. Elle diminue de grosseur lorsqu'on la presse avec ménagement, et surtout lorsque le malade est couché. Souvent elle fuit sous les doigts, et disparoît en entier en faisant entendre un bruit d'une espèce particulière connu sous le nom de gargouillement, pour reparoître lorsqu'on cesse de la contenir. Le malade y ressent quelquefois de légères douleurs qui se répandent dans le ventre. Quelquefois il a des nausées et des envies de vomir. Pour le plus souvent il est constipé.

Ses signes.

Il est facile, à ces marques, de distinguer l'entérocèle d'avec la hernie qui est faite par l'épiploon; et qui est connue sous le nom d'épiplocèle, et surtout d'avec l'hydrocèle du cor-

Ses différences d'avec l'épiplocèle et d'avec l'hydrocèle.

don spermatique qui lui ressemble à plusieurs égards, mais qui croît en se portant de bas en haut, au lieu que les dimensions de l'entérocèle augmentent du haut en bas. Il faut sur-tout prendre garde de ne pas la confondre avec la tumeur que le testicule fait quelquefois à l'endroit de l'anneau sur les enfans du premier âge, lorsqu'il est prêt à descendre dans les bourses. On a vu des personnes inattentives repousser mal à propos ce corps, et chercher à le contenir par un bandage. L'absence du testicule dans la poche qu'il doit occuper, et le défaut de rénitence de la part de la tumeur qu'il présente au pli de l'aine pendant les cris de l'enfant, suffisent pour prévenir une pareille méprise.

La hernie inguinale entérocèle doit être réduite et contenue.

Elle doit être réduite et contenue.

On la réduit au moyen du taxis. Pour faire cette légère opération, il faut que le malade soit couché sur le bord de son lit, du côté de la hernie, la tête et la poitrine élevées, les cuisses et les jambes fléchies, afin que les muscles du ventre soient dans le plus grand relâchement possible. Le chirurgien, placé près du lit, passe une de ses mains sous la cuisse du côté malade pour embrasser la tumeur, et appuie sur les côtés de la base de cette tumeur avec le pouce, le doigt indicateur et celui du milieu de l'autre main. Il commence par la

Manière de la réduire.

mouvoir en divers sens, pour étendre les vents et les matières qu'elle peut contenir, puis il la pousse de bas en haut, et de dedans en dehors dans la direction de l'anneau. A mesure que l'intestin rentre, il rapproche les doigts placés au bord de l'anneau pour fermer cette ouverture, et pour empêcher qu'il ne sorte de nouveau. Pendant qu'il fait effort pour le remettre en son lieu, il écarte les doigts afin que l'intestin trouve un passage facile. Lorsqu'enfin la réduction est achevée, il appuie plus fortement sur l'anneau, et se dispose à employer le bandage avec lequel il veut contenir la hernie.

Manière de la contenir.

Ce bandage varie suivant les différens âges. Si le malade est un enfant au maillot, on couvre l'anneau avec de petites compresses en triangle que l'on soutient au moyen du bandage spica de l'aine; mais cet appareil est si sujet à se déranger et à se gâter, que peut-être il vaudroit mieux laisser l'enfant avec sa hernie. S'il est un peu plus avancé en âge, on conseille le bandage triangulaire de l'aine, auquel on ajoute une pelote de futaine ou d'ivoire qui ne réussit guère mieux. Enfin, s'il est plus fort, ou que le malade soit parvenu à l'âge adulte, on se sert d'un bandage mécanique, connu sous le nom de brayer. La forme de ces instrumens a beaucoup varié. Ils consistent en une ceinture et une pelote de métal garnies de manière à ne

Le brayer.

pas blesser les parties sur lesquelles on les applique. Au commencement de ce siècle on les faisoit en fer. Ils n'avoient aucune souplesse, et leur usage étoit extrêmement incommode. On les a faits depuis en acier, de sorte qu'étant élastiques, ils prêtent plus aisément aux changemens de position du malade. Leur force est proportionnée à la grosseur de la tumeur, et à la tendance que les parties ont à se déplacer. Jusqu'ici la ceinture de métal n'a eu de longueur que celle qui étoit nécessaire pour donner à la pelote un appui suffisant ; de sorte qu'elle excédoit peu la demi-circonférence du bassin. La pelote qui tenoit à cette ceinture faisoit angle avec elle. Cette pelote étoit bombée. On courboit la ceinture de manière qu'elle portât plus haut en arrière, que la pelote ne le fait en devant. Le bandage étoit garni en chamois, en maroquin ou en futaine. Camper pense qu'ils réussiroient mieux s'ils étoient construits sur d'autres principes. La longueur de la ceinture ne lui paroît pas suffisante. Il veut qu'elle ait les cinq sixièmes de la circonférence du bassin, qu'elle ne soit point coudée, que la pelote y soit jointe dans le même plan, et que l'instrument, matelassé comme il convient, ne soit couvert ni avec du cuir, ni avec une étoffe de coton, qui se laissent pénétrer par la transpiration du malade, et qui finissent par blesser, mais avec de

Construction du brayer proposée par Camper.

la peau de lièvre brun, qui suivant l'observation de J. Hunter, se conserve mieux que celle de tout autre animal, et même que celle de lièvre blanc. Pour mettre ce bandage, il ne faut pas en déployer la ceinture; ce qui lui feroit perdre son élasticité. Il vaut mieux passer les deux pieds dans le cercle ou y faire entrer les cuisses au dessus des genoux, et tirer le bandage horizontalement de bas en haut, vers la partie doit occuper.

Moyens proposés pour procurer une guérison radicale.

Lorsque le bandage avec lequel on contient les hernies est bien fait, et que les malades ont l'attention de le porter continuellement, il les met à l'abri des accidens qui pourroient leur survenir; mais il est rare qu'il les guérisse à moins qu'ils soient fort jeunes, et ils sont obligés d'en faire usage pendant toute leur vie. Aussi a-t-on cherché de tout temps à leur procurer une guérison radicale. Les moyens imaginés pour cet objet ne sont guère adoptés par les chirurgiens méthodiques; mais comme la plupart sont encore employés, on ne peut se dispenser de les faire connoître et de les apprécier. Ces moyens sont la castration, les caustiques, le point doré, la suture dite royale, l'opération qui convient aux hernies étranglées, et quelques médicamens intérieurs et extérieurs.

La castration.

La castration n'a d'autre objet que d'emporter au moyen de la ligature le prolongement du

péritoine qui forme le sac herniaire, et d'établir à l'endroit de l'anneau une cicatrice qui empêche les parties de se déplacer. C'est le procédé dont les coureurs et les charlatans se servent le plus fréquemment. Il prive sans nécessité les malades d'un des organes de la virilité. Par conséquent il doit être proscrit. Quoique souvent on ait invoqué l'autorité des lois contre une opération aussi absurde, il ne paroît pas qu'elle soit entièrement abandonnée, et il se présente de temps en temps dans les départemens des gens sans aveu qui osent encore la pratiquer. Son effet pour la guérison des hernies est à-peu-près le même que celui du caustique, du point doré et des autres.

Ses inconvéniens.

Les anciens cautérisoient le lieu de l'anneau avec un fer rouge, après avoir réduit la hernie et avoir rangé les vaisseaux spermatiques de côté. Ils brûloient profondément la peau et le prolongement du péritoine qui forme le sac herniaire, puis ils mettoient en usage les moyens propres à favoriser la chute de l'escarrhe et la guérison de la plaie. Cette méthode a été employée pendant long-temps. Dans la suite on y a substitué les caustiques, dont l'effet est moins sûr, en ce qu'ils étendent leur action au-delà du lieu qu'on se propose de cautériser. Rousset blâme avec raison ce moyen, qui ne met pas à l'abri de blesser les vaisseaux spermatiques, et Pigrai dit avoir vu

La cautérisation avec le fer rouge.

Avec les caustiques.

Blâmé par Rousset.

Par Pigraï, après des épreuves malheureuses.

périr d'une fièvre et d'un délire violens deux malades sur lesquels on s'en étoit servi. Néanmoins le caustique a trouvé des partisans parmi les modernes. Monro pense que son effet seroit plus sûr si on faisoit d'abord une incision aux tégumens pour mettre le prolongement du péritoine à découvert, et qu'ensuite on se servît de la pierre infernale ou de quelqu'autre cathérétique. Il y a quelques années qu'un ancien chirurgien de la marine se servoit à Paris d'un procédé analogue. Il incisoit comme Monro le prescrit, et lorsque la suppuration de la plaie étoit établie, il appliquoit son médicament dont l'action étoit très-douloureuse, et il faisoit une seconde et une troisième application jusqu'à ce qu'il eût pénétré assez profondément ; après quoi il ne s'occupoit plus qu'à procurer la chute des escharres et à guérir la plaie. Il vouloit que ses malades observassent le repos le plus exact pendant l'action de son caustique, lequel, sans cette précaution, auroit pu blesser les intestins. Cet accident est arrivé une fois. Les matières stercorales sortirent par la plaie pendant quelque temps. Néanmoins le malade guérit et peut-être d'une manière plus sûre que ceux dont le traitement a été plus heureux, parce que l'intestin ouvert a dû contracter des adhérences avec l'anneau, au lieu que chez les autres il n'est retenu que par la cicatrice qui

Adopté par Monro.

Procédé employé depuis peu.

Inconvéniens.

Brûlure de l'intestin.

Retour de la hernie.

peut se relâcher dans la suite, et permettre aux viscères de se déplacer de nouveau. Monro dit que cela est arrivé à un enfant qui avoit été traité par les caustiques; et des gens dignes de foi m'ont assuré que plusieurs personnes opérées par le chirurgien dont je viens de parler sont dans le même cas, et que leurs hernies sont revenues. On a su depuis que le caustique dont il faisoit usage est l'acide sulphurique. Jean Douglas dit que ce remède a été employé en Angleterre, mais sans inciser les tégumens; ce qui en rendoit l'effet plus douloureux et plus incertain.

Ce procédé a été en usage en Angleterre.

Le point doré.

Le point doré se pratiquoit comme il suit. Le malade couché sur le bord de son lit, et les intestins repoussés dans le ventre, les tégumens étoient incisés sur une partie du trajet qu'avoit occupé la hernie, et le sac étoit mis à découvert. On le soulevoit, ainsi que le cordon spermatique, pour passer au dessous, près de l'anneau, une aiguille garnie d'un fil d'or ou de plomb dont on tordoit les extrémités de manière à fermer l'ouverture du sac. Il falloit que cette pression ne fût pas trop forte, sans quoi elle auroit endommagé les vaisseaux qui vont au testicule. Elle devoit être suffisante pour prévenir le retour de la hernie. La partie excédente du fil de métal étoit coupée avec des ciseaux, après quoi on rapprochoit les lèvres de la plaie dont on tâchoit d'obtenir la conso-

lidation qui sans doute n'avoit lieu que lorsque le fil avoit coupé les parties comprises dans l'anse de la ligature, et lorsqu'il avoit été retiré. Le testicule privé de ses vaisseaux devoit s'atrophier et rester sans action; mais cet inconvénient, quelque grand qu'il soit, n'étoit pas le seul qui résultât du point doré. Un homme de trente ans sur qui on avoit pratiqué cette méthode, fut saisi de mouvemens convulsifs qui durèrent avec violence pendant quinze jours, et qui ne cessèrent que par l'extirpation du testicule. Pigrai, de qui j'emprunte ce fait, assure qu'il n'a jamais vu faire l'opération dont il s'agit sans qu'il en soit résulté quelque chose de fâcheux, malgré les précautions que l'on avoit prises pour en assurer le succès. Quelques-uns, du temps de Rousset, faisoient la ligature d'une manière bien moins dangereuse. Ils commençoient par inciser les tégumens dans toute la longueur de la hernie, puis soulevant avec les doigts le prolongement du péritoine, ils l'examinoient avec soin pour reconnoître le lieu qu'occupent les vaisseaux du testicule; ils le traversoient ensuite avec une aiguille garnie d'un cordon de fil, sans comprendre les vaisseaux dans l'anse de la ligature, et ils rapprochoient les bords de la plaie. Cette opération n'est-elle pas la même que celle que Heister attribue à Freitag, chirurgien de l'hôpital de Zurich en Suisse, et qu'on

Inconvéniens.

Perte du testicule.

Convulsions observées par Pigrai.

Manière de pratiquer le point doré, du temps de Rousset.

trouve décrite dans une dissertation que le fils de ce chirurgien célèbre a publiée à Strasbourg en 1721.

La suture dite royale est moins ancienne que les méthodes dont il vient d'être parlé. Elle tire son nom de ce que, ne produisant pas d'altération sur les vaisseaux du testicule, elle n'agit pas sur le principe de la virilité. Ce procédé consiste à inciser les tégumens sur toute l'étendue de la tumeur, avec les mêmes précautions que pour le point doré, et à mettre le sac herniaire à découvert dans son entier. Ce sac est ensuite soulevé et cousu en long par une suture analogue à celle qui convient aux plaies des intestins, aprés quoi la partie qui est au dessus de la suture est coupée avec des ciseaux, et la plaie est pansée à l'ordinaire. Il ne s'agit plus que d'attendre que la suppuration s'y établisse, que le fil qui a servi à faire la suture se détache, et que cette plaie se cicatrise. Le sac herniaire ayant été emporté, et le lieu de l'anneau étant couvert par une cicatrice, on peut espérer que la hernie ne reparoîtra plus. Il y a certainement moins d'inconvéniens à opérer de cette manière qu'à employer la castration, le caustique ou le point doré; mais cette opération a les mêmes dangers et la même incertitude que l'opération ordinaire de la hernie, par laquelle on a quelquefois tenté de procurer la guérison

La suture dite royale.

Incertaine et dangereuse.

radicale de ceux qui en sont incommodés.

L'opération comme pour la hernie étranglée.

On est étonné de trouver dans les œuvres posthumes de Jean-Louis Petit trois opérations de ce genre, faites dans la vue dont il s'agit. Deux ont été pratiquées par ce célèbre praticien, et la troisième par un de ses confrères.

Trois exemples tirés de Petit, deux des trois malades sont morts.

Le premier malade avoit vingt-cinq ans; il portoit sa hernie depuis son enfance; jamais elle n'avoit été étranglée. Arnaud et Ledran encouragèrent Petit à opérer ce jeune-homme, qui mourut le sixième jour. La seconde personne étoit une femme de quarante ans. Elle avoit fait à Petit les plus vives instances pour qu'il la débarrassât de sa hernie qu'elle portoit depuis plus de douze ans, et qui avoit le volume du poing. Les accidens furent considérables; mais la malade n'y succomba pas : la plaie fut guérie le trente-cinquième jour. Le sujet de la troisième observation étoit un domestique. Il n'avoit d'autre raison pour se faire opérer, que l'espoir d'être encore en état de remplir ses devoirs. Petit ne put dissuader ni le malade ni celui de ses confrères qui avoit sa confiance. Le malade mourut le dixième jour.

Exemple de succès par Leblanc.

Leblanc a été plus heureux sur un jeune anglais qu'il a opéré à Orléans en 1766, et qui depuis ce temps a cessé l'usage du bandage et a pu se livrer aux exercices convenables à son âge. Ce chirurgien attribue le succès qu'il a obtenu à sa manière particulière d'opérer, et

il croit que ce succès n'eût pas été le même si l'anneau eût été incisé au lieu d'être dilaté. Les faits rapportés par Petit montrent par quels risques ce succès a été acheté.

Les médicamens et les topiques astringens.

L'insuffisance et le danger des méthodes curatives qui viennent d'être exposées en ont fait imaginer de plus douces. On a pensé qu'on parviendroit à la cure radicale des hernies avec des emplâtres et des médicamens astringens. Dionis nous a transmis l'histoire d'un prieur de Cabrières en Provence, dont le gouvernement acheta le secret, avec promesse de ne pas le publier pendant la vie de cet ecclésiastique. Ce ne fut qu'au bout de cinq à six ans et après sa mort que le remède fut rendu public. Jusques-là on faisoit préparer en secret les médicamens dont le prieur avoit vendu la composition. On les faisoit distribuer à tous ceux qui en demandoient. C'étoit un emplâtre astringent que la faculté de médecine de Paris a inséré depuis dans le recueil des médicamens qui doivent se trouver chez les apothicaires, sous le nom d'*emplastrum contra rupturam*, et un mélange de vin blanc et d'acide muriatique dont la dose varioit suivant les différens âges. Sans doute ces moyens réussissoient quelquefois, puisque leur auteur avoit acquis une si grande célébrité. Mais le discrédit dans lequel ils sont tombés montre que le succès n'en a pas été constant. Il en

Remède du prieur de Cabrières.

est vraisemblablement de même des prétendus spécifiques avec lesquels on se flatte de guérir toutes les hernies d'une manière radicale. Ils réussissent sur quelques personnes auxquelles il suffiroit de faire porter un bandage, et ils attirent à leurs auteurs une réputation qu'ils ne méritent pas.

Accidens des hernies.

L'adhérence et l'étranglement, accidens communs à toutes les hernies, s'opposent quelquefois à la réduction de la hernie inguinale entérocèle, et demandent toute l'attention du chirurgien.

L'adhérence.

L'adhérence n'a lieu que dans les hernies anciennes. Les intestins déplacés depuis longtemps, retenus d'une manière fixe sans pouvoir changer de situation, pressés les uns par les autres et par le prolongement du péritoine qui leur sert d'enveloppe, s'enflamment légèrement à leur surface, et contractent des adhérences plus ou moins fortes. Il n'est pas possible alors de les réduire. Les tentatives que l'on fait dans cette vue sont inutiles, et ne servent qu'à fatiguer le malade. Ce sont ces tentatives même, réitérées sans succès, jointes au volume de la tumeur et à la connoissance que nous avons de son ancienneté qui nous font juger qu'elle est compliquée d'adhérence. Il faut alors se contenter de la soutenir avec une suspensoire dont la capacité soit proportionnée à la grosseur de la hernie, et qui

Ses signes.

Manière d'y remédier.

soit faite ou garnie avec de la toile forte pour qu'elle se relâche moins aisément. Lorsque la tumeur est peu volumineuse, et qu'elle ne dépasse pas le pli de l'aine, la suspensoire ne peut avoir lieu. On peut y suppléer par un brayer à pelote creuse. Mais il faut pour en assurer l'effet et prévenir les incommodités qui résultent de son changement de position, que le malade fasse peu de mouvemens, et même qu'il garde le lit. S'il ne veut pas s'y assujettir, il peut abandonner sa hernie à elle-même et se contenter de la contenir avec les mains lorsqu'il fait des efforts pour tousser, vomir, aller à la garde-robe, et d'éviter tous les exercices violens.

L'étranglement.

L'étranglement survient également aux hernies récentes et anciennes; mais la cause en est différente. Dans la hernie récente et dans celles qui reparoîssent tout-à-coup après avoir été contenues pendant quelque temps par un bandage, l'étranglement dépend de l'effort avec lequel l'anneau tend à se resserrer (1), pendant que l'intestin est dilaté par les vents ou par les matières qu'il contient. Dans les hernies anciennes, cet accident vient du

---

(1) Ce resserrement n'est point l'effet d'une contraction dont l'anneau n'est pas susceptible; il dépend du ressort de cette partie, qui tend à se remettre dans son premier état.

volume des excrémens qui tombent dans la portion d'intestins sortie du ventre. Le cours du sang et des matières intestinales est interrompu, et il en résulte les accidens les plus graves. Telles sont l'irritation et la tension douloureuse de la tumeur, les douleurs qui de l'endroit malade se répandent dans tout le ventre, les nausées, les hoquets, les vomissemens de matières glaireuses, bilieuses et stercorales, la constipation, le gonflement et la tension du ventre, la fréquence, la petitesse et la concentration du pouls, le froid des extrémités, etc.

Les symptômes qui la caractérisent.

Ces accidens paroissent avec plus ou moins de promptitude et de violence suivant la cause qui a produit l'étranglement, et suivant la quantité de parties déplacées. Si l'étranglement vient du resserrement de l'anneau, de l'irritation et de l'inflammation qui en sont la suite, la marche des symptômes est extrêmement rapide. S'il est occasioné par l'engouement des matières, ces symptômes se déclarent plus tardivement et d'une manière moins effrayante. La tumeur a augmenté de volume avant que le malade ait eu les premières nausées, le ventre est boursoufflé sans être tendu, et les autres accidens ne se manifestent que quand la plénitude du canal intestinal les détermine. De même, lorsque les intestins forment une anse dans la tumeur, l'interrup-

Leur gravité varie suivant la nature de l'étranglement.

tion des matières est complète, et le malade est plus promptement et plus vivement affecté. Au contraire, lorsque la quantité d'intestins déplacés est petite et qu'ils ne sont que pincés, les symptômes paroîssent d'une manière plus lente, et ils sont moins graves parce que le passage des matières n'est pas totalement interrompu. Les choses restent dans le même état jusqu'à ce que l'inflammation se termine par la pourriture, ce qui arrive bien plus tôt aux hernies dont l'étranglement est inflammatoire, et surtout à celles où les intestins forment une anse dans la tumeur, et plus tard aux hernies dont l'étranglement est occasionné par l'engouement des matières, et à celles qui ne renferment qu'une petite portion d'intestins, laquelle n'est que pincée. La marche de la pourriture et les circonstances dont elle est accompagnée sont aussi très-différentes dans ces deux cas. Dans le premier, elle s'étend au loin et se porte sur les portions d'intestins qui sont contiguës à celui qui est déplacé, et au mésentère qui les soutient. La tumeur s'efface et devient pâteuse, le ventre se détend, les symptômes de l'étranglement disparoîssent, et le malade semble être mieux. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par ces circonstances. La cessation presque subite des accidens et le mauvais état du pouls qui devient foible et intermittent, montrent qu'il

Et suivant la manière dont les intestins se comportent dans la tumeur.

La pourriture qui la suit marche aussi diversement dans les diverses circonstances.

n'y a plus rien à espérer, à moins qu'on n'aït promptement recours à l'opération. On trouve alors que l'altération des intestins s'étend plus ou moins loin, et que celui qui forme la hernie n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines, parce que l'inflammation a été trop forte, et qu'elle est survenue avec trop de rapidité. Dans le second cas, la pourriture se borne à l'intestin qui a souffert l'étranglement. La tumeur ne devient pas seulement molle et pâteuse, la peau qui la couvre se charge de phlictènes et se convertit en une escharre plus ou moins étendue ; et si on n'opère promptement, elle s'ouvre en plusieurs endroits et laisse échapper des humidités stercorales, jusqu'à ce qu'enfin elle se détache par lambeaux et qu'elle livre passage aux excrémens amassés dans la continuité du canal intestinal. Lorsqu'on fait l'opération avant que l'intestin soit percé, on le trouve pour l'ordinaire uni à l'anneau par des adhérences plus ou moins fortes, et qui sont le produit de l'inflammation lente qui a précédé la gangrène. La raison de cette différence est facile à saisir.

Raison de cette diversité

Quand les intestins sont pliés en double dans la tumeur, et qu'ils y font une anse, les vaisseaux de la portion du mésentère qui les accompagne se trouvent étranglés, et le sang est obligé de refluer sur les parties voisines où il cause une inflammation très-forte. Quand

les intestins ne sont que pincés, les dernières extrémités des vaisseaux mésaraïques sont les seules sur lesquelles l'étranglement agisse, et l'engorgement qui résulte de leur compression se borne à la portion d'intestin qui est hors de l'anneau; aussi, dans ce cas, le progrès de la gangrène se fait-il au dehors, au lieu que dans l'autre il s'étend sur les parties intérieures. Tout ceci n'est cependant pas sans exception, et l'âge, le sexe, le tempérament, l'état des forces du malade, et plusieurs autres circonstances qu'il est impossible de déterminer, peuvent faire varier à l'infini l'intensité, les progrès et l'événement de cette fâcheuse maladie.

Les moyens qu'il convient d'employer pour la réduction d'une hernie inguinale entérocèle étranglée sont différens, suivant la nature de l'étranglement. S'il est inflammatoire, il faut avoir promptement recours à ceux qui peuvent relâcher et détendre. Tels sont la situation, la saignée, les applications émollientes et relâchantes, les bains tièdes, les boissons délayantes et les lavemens simples. S'il est produit par engouement, on peut faire usage avec succès de situations variées, d'applications astringentes et froides, de lavemens acres et des purgatifs. Moyens de remédier à l'étranglement inflammatoire.

La situation dans laquelle il faut mettre le malade dans la première espèce d'étrangle- Situation

ment, est celle dont il a été parlé à l'occasion du taxis. Les douleurs que le malade éprouve et les efforts continuels qu'il fait pour vomir ne permettroient pas de lui en faire prendre une autre. Il faut qu'il la garde constamment pendant tout le temps de l'accident, et que pour la lui rendre supportable, on ait soin de lui passer sous les jarrets un rouleau qui ne lui permette pas d'étendre les cuisses et les jambes. Le malade ainsi placé, on fait quelques tentatives de réduction. Si elles ne réussissent pas, on saigne de l'un des bras. La quantité de sang que l'on tire au malade doit être proportionnée à l'état général de ses forces, et telle qu'il éprouve un commencement de syncope. On voit souvent des hernies dont les symptômes paroîssent menaçans, se réduire d'elles-mêmes par ce seul moyen. Si on ne remarque aucun relâchement dans la tumeur, on réitère une seconde, une troisième fois et plus. Cependant on fait préparer des fomentations et des cataplasmes émolliens dont on couvre la hernie; on y fait des onctions huileuses; on plonge le malade dans le bain, où on le laisse autant de temps qu'il peut le supporter; on lui prescrit quelques boissons délayantes, telles que le petit lait ou le bouillon de veau et de poulet, et on lui fait prendre des lavemens avec une décoction d'herbes émollientes, du bouillon de fraise de veau,

Tentatives de réduction.

Saignées

Applications relâchantes.

Boissons.

Lavemens.

ou simplement avec de l'eau et de l'huile; afin de détremper et de délayer les matières qui peuvent être contenues dans les gros intestins, d'en procurer la sortie, et de faciliter le passage de celles qui sont amassées au voisinage de l'étranglement.

Manière de remédier à l'étranglement par engouement.

Lorsque cet accident est le produit de l'engouement, on peut faire placer le malade autrement que sur le dos, les cuisses et les jambes pliées, et la tête et la poitrine un peu élevées. Winslow avoit recommandé autrefois de le faire mettre sur ses genoux et sur ses coudes, de manière que le tronc représentât un plan incliné dont le diaphragme fût la partie la plus basse, et que les intestins s'y portassent par leur pesanteur. Il espéroit qu'ils entraîneroient les parties déplacées, et qu'ils les feroient rentrer dans le ventre. Le succès n'a pas répondu à ses vues, et Ledran nous apprend qu'on a tenté cette situation sans en tirer d'avantage. On réussit mieux en faisant suspendre le malade les pieds en haut et la tête en bas. Fabrice d'Aquapendente veut qu'on ait recours à cette situation lorsque les autres moyens ont été inutiles. Covillard la croit avantageuse. Sharp la loue beaucoup. Il dit s'en être servi souvent avec succès. Son procédé est de faire soulever le malade par un homme fort qui place le creux de ses jarrets sur ses épaules, et qui le retienne par les jambes.

Situation sur les genoux et sur les coudes, à la manière de Winslow.

Suspendre la tête en bas.

Proposé par Fabrice d'Aquapendente. Covillard, Sharp, Bell et Louis.

Il ne craint pas que la tension des muscles du ventre qui résulte de cette position puisse contrebalancer l'effet de la pesanteur du canal des intestins. Bell la regarde comme la meilleure pour parvenir à la réduction. Enfin, Louis l'a vu réussir au bout d'un quart d'heure sur un vieil invalide qui avoit prié qu'on le suspendît de cette manière, et sur un soldat auquel on se proposoit de faire l'opération.

Applications fortifiantes et astringentes.

Les émolliens et les relâchans si utiles dans le cas d'étranglement inflammatoire seroient désavantageux dans celui qui est produit par engouement, en ce qu'ils disposeroient les intestins à se relâcher de plus en plus, et à céder à la distension que le degré de chaleur auquel on emploie ces topiques procure, en raréfiant l'air contenu dans la portion d'intestins déplacés. Il vaut donc mieux se servir des fortifians et des astringens. Belloste a souvent employé utilement des fomentations avec les balaustes, les noix de galle et de cyprès, l'écorce de grenade, les fleurs de camomille et de mélilot, l'alun et le sel commun, le tout pilé et bouilli dans de l'eau des forgerons ou dans du gros vin rouge, et appliqué avec le marc, dans des cas où les émolliens n'avoient pas réussi. Monro s'est servi du gros vin rouge, et Bell, de vinaigre et de fomentations saturnines. Ces remèdes ont été appliqués à

froid. On a aussi conseillé l'eau pure à une température assez froide dans laquelle on a trempé les compresses qui enveloppoient la tumeur. Heister attribue cette méthode à un chirurgien allemand. Il dit qu'on peut s'en servir dans les étranglemens commençans. J. L. Petit a vu réduire une hernie étranglée par un procédé analogue. Le malade, âgé de vingt-un ans, avoit été saigné huit fois en deux jours. On alloit l'opérer, lorsque sa mère assura qu'elle le guériroit sans ce secours. Elle fit étendre son fils sur une couverture, et lui fit jeter sur le ventre un sceau d'eau de puits récemment tirée. La tumeur rentra sur le champ. On ne peut attribuer cet effet qu'à l'action subite du dartos, lequel s'est contracté d'une manière uniforme et sur tous les points de la tumeur, ce que ne peuvent faire les doigts. Petit a vu plusieurs personnes attaquées de hernies qui les faisoient rentrer aisément en les laissant exposées à l'air froid. Quelques-uns, dans la même vue, appliquent de la neige ou de la glace pilée. Ce topique a aussi la vertu de condenser l'air contenu dans les intestins, et d'y exciter des contractions assez vives. Mais il peut en même temps épaissir le sang amassé dans leurs vaisseaux, et déterminer la gangrène; et si l'épiploon complique la hernie, comme il arrive souvent, il peut l'endurcir et le rendre moins susceptible de réduction. Il

Eau froide.

Réussite observée par Petit.

La glace.

ne faut donc s'en servir qu'avec précaution, et se disposer à opérer s'il manque son effet, pour prévenir les suites fâcheuses qui pourroient résulter de son application.

Lavemens irritans.

Outre les moyens dont il vient d'être parlé, on doit vider les gros intestins, et solliciter l'action de celui qui est étranglé, par des lavemens irritans. Le plus efficace de tous les remèdes de ce genre est la fumée de tabac que l'on introduit par l'anus avec une seringue appropriée. Heister dit avoir vu guérir avec cette fumée une femme qui depuis trois jours étoit dans les accidens de l'étranglement, et qui étoit prête à périr. Il avoit fait pousser la fumée pendant un temps assez long, et le tabac dont il s'étoit servi étoit très-fort. Les évacuations commencèrent en peu de temps, et les intestins rentrèrent d'eux-mêmes. Ce succès a engagé Heister à en continuer l'usage, et il dit n'avoir pas eu depuis occasion d'opérer des hernies étranglées, tant il lui a bien réussi. De Haen préconisoit beaucoup la fumée de tabac en 1756. Une vieille femme et un jeune homme avoient été sauvés par son usage. L'expérience l'a désabusé en moins d'un an, et lui a montré combien l'opération est utile. Dans les cadavres, la fumée de tabac remplit le canal intestinal avec plus ou moins de vîtesse, et forçant la valvule du colon, elle revient par l'estomac et par la

Fumée de tabac préconisée par Heister.

Par de Haen.

bouche. Il n'en est pas de même sur les personnes vivantes; elle retourne du côté de l'anus, et rien ne peut l'empêcher d'en sortir. Cette fumée excite dans les gros intestins une irritation analogue à celle qu'elle produit sur la bouche et sur le gosier. Elle détermine une plus grande secrétion de l'humeur que les glandes y versent. Les grosses matières sont d'abord évacuées, et ne mettent plus d'obstacle à celles qui se rencontrent au lieu de l'engouement. Celles-ci trouvent plus de facilité à s'échapper, et elles le font d'autant plus aisément qu'elles y sont déterminées par l'action augmentée du canal, et qu'elles sont en quelque sorte délayées.

Les purgatifs font sur ces matières et sur les intestins un effet qui a beaucoup de rapport à celui dont il vient d'être parlé; mais ils poussent en même temps les excrémens vers la portion d'intestins qui est étranglée, et si leur action n'est pas assez forte, ils augmentent plutôt l'engorgement qu'ils ne le diminuent. C'est cette raison qui les a fait rejeter par Celse, qui en fait mention comme d'un moyen usité de son temps. Malgré cette improbation, ils ont été employés avec succès par des praticiens distingués. Franco en donne plusieurs formules, et dans ce dernier temps Monro employoit quelquefois du jalap en poudre mêlé avec du mercure doux.

Les purgatifs.

Celse les rejette.

Ils sont loués par Franco et par Monro.

L'académie de chirurgie a reçu d'un chirurgien d'Arles en Provence, des observations desquelles il résulte qu'il a dissipé des étranglemens par engouement avec du sel d'epsom, à la dose de deux onces, dissout dans une pinte d'eau qu'il faisoit prendre par verrées. J'ai quelquefois obtenu la même réussite avec ce remède et avec d'autres purgatifs. Mais pour en obtenir l'effet desiré, il faut qu'il y ait peu d'irritation, et sur-tout avoir fait administrer des lavemens pour rendre le canal plus libre, et pour faciliter le passage des matières.

Le sel d'epsom.

Une attention très-utile dans les étranglemens, quelles qu'en soient la cause et l'espèce, est de ne pas charger l'estomac et le canal intestinal par des boissons trop abondantes. J'ai parlé ci-devant de celles dont il convient de faire usage dans les étranglemens inflammatoires, sans en déterminer la quantité; elle doit être fort médiocre. Il y a même des praticiens qui les interdisent absolument dans ces sortes de cas, et qui se contentent de rafraîchir la bouche du malade en lui faisant sucer quelques quartiers de citron, et en lui faisant user de pastilles préparées avec l'oseille, la crême de tartre ou le vinaigre.

Ne pas donner des boissons trop abondantes.

La réduction des parties ne fait pas toujours cesser les accidens de l'étranglement. Il y a des cas où ces accidens continuent, parce qu'il

La réduction ne fait pas toujours cesser les accidens de l'étranglement. Pourquoi ?

ne se fait pas de dégorgement, et parce que les matières restent amassées dans les intestins. Lorsque, par exemple, ces viscères ont été trop distendus, ils ne peuvent se contracter sur eux-mêmes, et se débarrasser des matières qu'ils contiennent. De même lorsque le resserrement auquel ils ont été exposés en a raproché les parois, au point de leur faire perdre leur cavité, comme il est arrivé dans un cas rapporté par Ritch et inséré dans le quatrième volume des mémoires de l'académie de chirurgie, toute communication est interrompue entre la partie supérieure et la partie inférieure du canal des intestins. Un étranglement intérieur occasioné par une bride membraneuse ou par une portion d'épiploon devenue adhérente au voisinage de l'anneau peut aussi produire cet effet, et donner lieu à la continuation des accidens, quoique l'on soit parvenu à réduire la hernie. On trouve dans le premier volume des mémoires de l'académie de chirurgie un cas de cette espèce, qui lui a été communiqué par l'illustre la Peyronnie. Hoin en rapporte un semblable, dans un ouvrage imprimé à la suite de la Nouvelle Manière d'opérer les hernies de Leblanc. Un jeune homme attaqué depuis son enfance d'une hernie inguinale qu'il faisoit rentrer aisément, fut pris des accidens de l'étranglement. On jugea qu'il étoit indispensable de l'opérer;

Les brides intérieures ont souvent l'effet de prolonger ces accidens.

L'anneau ne mettoit aucun obstacle à la rentrée de l'intestin. Cependant celui-ci ne pouvoit rester dans le ventre où il avoit été repoussé. Il se trouva que l'étranglement n'étoit pas détruit, et qu'il dépendoit d'une bande ferme, large d'un pouce au moins, fournie par une portion d'épiploon endurcie qui entouroit et étrangloit une anse de quatre à cinq pouces d'intestins. Lorsque cette bande eut été coupée, l'intestin rentra et ne ressortit plus. Le succès de cette opération a été heureux. Louis a vu quelque chose de semblable. On étoit parvenu à réduire une hernie ancienne qui étoit étranglée. Les accidens ne perdirent rien de leur violence. On pensa qu'il falloit faire ressortir la hernie, ce que l'on obtint facilement en faisant lever le malade et en lui faisant faire quelques efforts. Il fut bientôt rétabli. Ce jeune homme étant mort quelques années après, il se trouva que le mésentère fournissoit des appendices membraneuses par lesquelles il étoit attaché au dedans du sac de la hernie, de sorte que les intestins qui la formoient ne pouvoient rentrer sans éprouver de resserrement de la part de ces appendices.

L'épaississement et le resserrement du sac à l'endroit de l'anneau, les entretient.

L'épaississement et le resserrement du sac à l'endroit de l'anneau est même une des causes qui empêchent que les accidens cessent après la réduction des hernies, lorsque ce sac a été repoussé dans le ventre avec les parties déplacées.

Je pense que c'est à Ledran qu'on doit la première connoissance de ce genre d'étranglement. Il fit l'opération de la hernie crurale à un homme qui portoit un brayer depuis longtemps, parce qu'il avoit autrefois été sujet à cette maladie. Lorsque le sac herniaire eut été mis à découvert, Ledran incisa le ligament de Fallope, dans la vue de réduire les parties sans en faire l'ouverture. Ce sac se trouva fort étroit à sa partie supérieure. Il ressembloit à une bourse fermée dont l'entrée auroit été fort étroite. Ledran jugea qu'il avoit été le seul obstacle à la réduction des parties, et que le ligament de Fallope n'y avoit point de part. Il en fit l'ouverture et le débridement comme on fait dans toutes les opérations de hernie, et les intestins furent remis dans le ventre. Ce fait est confirmé par une observation du même genre, qui a aussi été publiée par Ledran. Un homme à qui on avoit réduit une hernie depuis sept jours, sans que les accidens de l'étranglement eussent discontinué, mourut. Il n'y avoit plus de tumeur dans l'aine, mais on sentoit un vide à l'endroit qu'elle avoit occupé, et le ligament de Fallope avoit tellement prêté au volume de la hernie, qu'on pouvoit aisément glisser les doigts par dessous. Le chirurgien qui avoit fait la réduction se rappeloit que lors de la rentrée des parties, il n'avoit pas entendu le gargouillement qui carac-

Ledran est le premier qui ait parlé de cette cause.

térise celle des hernies intestinales, et que les parties avoient passé sous le ligament en bloc, comme auroit pu faire une balle de paulme. A l'ouverture du corps, on trouva dans le ventre le sac herniaire qui avoit trois pouces de hauteur sur huit de circonférence, et dans ce sac étoit encore renfermée une portion considérable de l'intestin jéjunum. Lorsqu'on voulut l'en faire sortir, l'entrée se trouva si resserrée, qu'il fallut l'agrandir avec des ciseaux.

Arnaud, Lafaye, Leblanc, Bell et l'auteur ont fait des observations semblables.

Depuis que Ledran a publié ces observations, il en a été fait de semblables par Arnaud, Lafaye, Leblanc et Bell. J'ai eu aussi l'occasion de voir un étranglement de l'espèce de celui dont il s'agit. J'étois parvenu à réduire les intestins étranglés dans une hernie inguinale ; mais au lieu de rentrer peu à peu et de faire entendre à la fin le gargouillement ordinaire, ils étoient rentrés en masse et sans bruit. La hernie fut soutenue avec un bandage. Les accidens dont le malade étoit attaqué ne se dissipèrent point. Il continua à ressentir de vives douleurs dans le ventre, et à avoir des tranchées et des vomissemens fréquens, sans rendre ni vents ni matières par les voies naturelles. Le ventre étoit tendu. L'ouverture de l'anneau étoit assez large pour que je pusse y introduire deux doigts à travers les tégumens. J'y sentois profondément une tumeur ronde qui venoit en frapper l'extrémité lors-

que je faisois tousser ou moucher le malade. Il me fut facile de reconnoître qu'il y avoit un étranglement interieur, et que rien ne pouvoit sauver le malade que l'opération, en cas que je fusse assez heureux pour pouvoir faire sortir la hernie. Je le fis lever, et je le fis moucher avec force. La tumeur reparut; j'opérai. Le sac herniaire se trouva épaissi et resserré à l'endroit de l'anneau. Je me contentai de l'inciser, sans toucher à cette partie. La hernie étoit du genre de celles que j'ai dit être de naissance, et où les parties sont en contact avec les testicules. Bientôt les accidens se dissipèrent, et j'eus la satisfaction de guérir le malade.

Dans ce cas il faut faire ressortir la hernie et opérer.

Il y a donc des circonstances, même assez fréquentes, où la réduction est defavorable, bien loin d'être utile. Lorsque cela se rencontre, il faut faire ressortir la tumeur et opérer sur-le-champ, en cas que les accidens soient assez graves et qu'ils durent depuis assez long-temps pour engager à prendre ce parti. C'est aussi ce qu'il faut faire lorsqu'on n'a pu obtenir la réduction par aucun des moyens ci-dessus indiqués.

Manière d'opérer.

Situation du malade.

Tout étant disposé, et les parties ayant été rasées, on fait mettre le malade en situation. Franco vouloit qu'il fût couché sur une espèce de table, la tête plus basse que le corps. Sharp et Bell recommandent de l'y placer de

manière que les jambes soient pendantes et assez écartées pour loger l'opérateur. Il faut que les fesses soient élevées par un oreiller, et que les cuisses soient écartées et relevées afin de relâcher les muscles du ventre. Louis nous apprend que son père situoit ses malades de cette façon, mais sur le bord de leur lit, et qu'il s'asseyoit sur une escabeau placé entre leurs cuisses. Dionis dit qu'ils doivent être couchés comme pour le taxis, du côté de la hernie, la tête un peu basse pour favoriser la rentrée des parties. Cette situation est aussi celle qui me paroît devoir être préférée, en ayant soin que le malade soit sur le bord droit de son lit, de quelque côté que se trouve la hernie, pour que le chirurgien placé près de lui se serve de sa main droite avec plus de facilité.

Inciser les tégumens.

La première chose qu'il y ait à faire est d'inciser les tégumens. Pour cela le chirurgien élève la peau qui couvre la partie supérieure de la tumeur en la pinçant avec le pouce et le doigt indicateur de l'une et de l'autre main, et il lui fait faire un pli transversal qu'il tient lui-même d'un côté, et qu'il donne à tenir de l'autre à un élève intelligent placé vis-à-vis de lui, à la gauche du malade. Si la tumeur est grosse et que les tégumens qui la couvrent soient si tendus qu'il ne puisse les élever, il se contente de les tendre entre le pouce et le doigt du milieu de sa main gauche,

après

après quoi il les incise avec le bistouri qu'il porte dans une direction parallèle à celle des vaisseaux spermatiques. Quelques-uns percent le pli transversal de la peau avec le bistouri, en portant l'instrument de manière que son dos regarde la tumeur, et que son tranchant soit en haut. Mais il vaut mieux le diriger à l'ordinaire, c'est-à-dire, le tranchant en bas, en le faisant glisser depuis la base jusqu'à la pointe. Cette attention est utile pour couper avec moins d'effort, et pour que l'incision ait plus de longueur. Si la peau n'avoit pu être élevée en pli, il faudroit porter le bistouri de la même manière, mais avec plus de circonspection, de peur de pénétrer trop avant et de blesser les intestins. Dans ce dernier cas, il est rare que la plaie ait une étendue suffisante. S'il est nécessaire de l'agrandir, on fait glisser sous les tégumens une sonde cannelée, légèrement pointue, sur laquelle on conduit le bistouri. Cette sonde est portée alternativement sous l'angle supérieur et sous l'angle inférieur de la plaie. On ne peut trop recommander de prolonger l'incision vers la partie supérieure de la tumeur, pour que l'anneau soit bien à découvert. Cette attention n'expose à aucun risque, et donne beaucoup de facilité pour le reste de l'opération, parce qu'on voit mieux où on en est et ce qu'on fait. Elle est de Sharp, et n'a pas échappé à Louis dans son mémoire

sur l'opération de la hernie, inséré dans le quatrième volume de ceux de l'Académie de chirurgie. Il est également utile de porter l'incision jusqu'au bas de la tumeur pour empêcher qu'il ne se forme dans la suite, au dessous des tégumens, une poche dans laquelle le pus puisse s'amasser.

Puis le tissu cellulaire.

L'ouverture des tégumens achevée, le tissu cellulaire se présente. Ce tissu dont l'épaisseur varie beaucoup, couvre le sac herniaire et doit être détruit. Quelques-uns le coupent avec un déchaussoir ; d'autres le déchirent avec les ongles ; d'autres enfin en élèvent les feuillets avec une airigne mousse, et les coupent avec le bistouri. Quand le tissu cellulaire qui couvre le sac est mince, Ledran veut qu'on le saisisse avec les doigts, et que l'on fasse avec des

Ouvrir le sac.

ciseaux une ouverture suffisante au sac pour pouvoir y introduire une sonde cannelée. Quand il est épais et qu'on ne peut le pincer, il conseille de faire entrer à plusieurs reprises une sonde de cette espèce, terminée en pointe, entre les feuillets qui le composent, jusqu'à ce qu'on pénètre dans la cavité du sac, et d'inciser tous ces feuillets les uns après les autres, pour amincir le sac herniaire et pénétrer dans sa

Louis a proposé d'y plonger la pointe du bistouri.

cavité. Louis a adopté l'usage de la sonde pointue de Ledran; mais au lieu de l'introduire à plusieurs reprises entre les feuillets du tissu cellulaire, il la pousse en une fois jusque dans

la cavité du sac en la portant de haut en bas, et latéralement à sa partie inférieure. « L'anse de l'intestin ne va pas, dit-il, jusqu'au bas. Sés parties latérales sont vides ou remplies par la lymphe ou par l'épiploon. Mais dans quelque disposition que soient les choses, il est certain qu'avec une sonde pointue dirigée obliquement on pénètre dans le sac sans difficulté ni danger. » N'est-il donc pas à craindre, malgré cette assertion, que les parties que renferment les hernies ue soient quelquefois blessées par l'extrémité de l'instrument dont il s'agit? La disposition n'en est pas toujours la même. Souvent les intestins s'étendent jusqu'au bas de la tumeur, et plus souvent encore ils ne sont humectés que par une petite quantité de sérosité, de sorte que le sac leur est presqu'immédiatement appliqué. D'ailleurs, si la sonde pénétroit à travers l'épiploon, et que le bistouri qu'elle doit diriger intéressât cette membrane, ou pour mieux dire qu'il y fît une plaie un péu considérable, ne pourroit-on pas ouvrir quelques-uns des vaisseaux qui la traversent, et donner lieu à une hémorragie dangereuse? Le procédé dont je me sers n'expose à aucun de ces inconvéniens. Il consiste à soulever les feuillets du tissu cellulaire et le sac même avec une pince à disséquer, et à les couper avec un bistouri porté en dédolant. On trouve quelquefois plusieurs feuillets les

Inconvéniens de ce procédé.

Soulever les feuillets du tissu cellulaire avec une pince, et couper avec un bistouri.

uns au dessus des autres avant de pénétrer au dedans du sac, sur-tout lorsque la hernie est ancienne. Ces feuillets sont séparés par un vide qu'on pourroit prendre pour la cavité dans laquelle les intestins sont contenus, si on n'en étoit prévenu. J'ai vu des gens habiles à qui cette disposition paroissoit embarrassante, et qui sembloient hésiter à couper les feuillets les plus profonds, de peur d'entamer les intestins. Mais la couleur blanche qui leur est particulière, l'absence de la sérosité qui se rencontre presque toujours dans le sac des hernies étranglées, et sur-tout la manière dont les vaisseaux sanguins s'y distribuent, et le petit nombre de ces vaisseaux doivent faire connoître les feuillets dont il s'agit pour ce qu'ils sont.

J. L. Petit a proposé de disséquer le sac pour pouvoir en faire la réduction sans l'ouvrir.

J. L. Petit vouloit qu'au lieu d'ouvrir le sac herniaire, on le disséquât dans une assez grande étendue pour détruire toutes ses adhérences avec les parties voisines, et qu'après avoir fait cesser l'étranglement en incisant l'anneau, on le repoussât dans le ventre avec les intestins qu'il contient. Si on en croit Garengeot, dont le traité des opérations a paru pour la première fois en 1719, cette méthode a réussi plusieurs fois, et elle avoit été proposée d'une manière générale. Peut-être seroit-elle utile dans les hernies récentes, peu volumineuses, et où il n'y auroit pas lieu de soupçonner de pourriture ; et pourroit-elle procurer une

guérison plus prompte et moins laborieuse que celle que l'on suit ordinairement. Mais lorsque les hernies sont grosses, anciennes, et que la pourriture paroît à craindre, on ne peut la mettre en usage sans exposer le malade au plus grand danger. En effet les intestins peuvent avoir contracté des adhérences vicieuses : il peut s'y être fait une crevasse qui laisse échapper les matières stercorales dans le ventre; les liqueurs corrompues que le sac contient presque toujours peuvent occasioner une inflammation intérieure, sans parler de la difficulté de disséquer de toutes parts un sac herniaire sans faire souffrir le malade, et sans s'exposer à blesser les vaisseaux avec lesquels il a nécessairement contracté des adhérences.

Inconvéniens de ce procédé dans les hernies anciennes et d'un gros volume.

Il est assez extraordinaire que personne ne se soit aperçu que cette méthode, attribuée à Petit, est déja fort ancienne, et qu'elle remonte jusqu'à Franco, qui le premier a connu la nécessité de remédier à l'étranglement des hernies par une opération qui, en incisant l'anneau, mît les parties déplacées à l'abri de la compression qu'il exerce sur elles. Avant ce chirurgien célèbre, on n'opéroit les hernies devenues volumineuses qu'afin de débarrasser ceux qui en étoient affligés, des incommodités que ces tumeurs leur causoient. L'unique bien que l'on se proposât étoit de procurer une

Il remonte à Franco qui paroît le premier avoir parlé de l'opération pour remédier à l'étranglement.

cicatrice qui affermît les parties contenantes du ventre, et qui empêchât les parties contenues de se déplacer. L'accident de l'étranglement étoit à peine connu, et si on avoit proposé quelques moyens pour le faire cesser, ils se bornoient à des tentatives de réduction et à des applications extérieures. Au défaut de ces secours, Franco tenta les purgatifs, et employa une opération qui n'étoit connue de personne. La description qu'il en donne, assez difficile à suivre et à comprendre, fait voir qu'il ne se déterminoit à ouvrir le sac herniaire qu'il nomme didyme, que lorsqu'il se trouvoit trop de résistance à la réduction des intestins, après que l'anneau avoit été incisé sur la sonde grossière qu'il propose. C'est ce dont on ne peut douter si on consulte Paré, qui écrivoit peu de temps après, et qui, ayant emprunté cette opération de Franco, la pratiquoit d'une manière plus conforme au procédé que l'on suit aujourd'hui, et la décrivoit avec plus d'élégance. Il est encore question de n'ouvrir le sac herniaire que quand on y est forcé par la difficulté de réduire les intestins; d'où il résulte que dans les cas ordinaires, dans ceux où cette difficulté n'est pas aussi grande, Paré se contentoit de débrider l'anneau, et qu'il repoussoit les intestins dans le ventre sans toucher au sac; et c'est là précisément l'opération que tout le monde a cru que Petit avoit imaginée.

La manière dont il la décrit est assez obscure.

Paré après lui l'a décrite avec plus d'élégance.

Si pendant qu'on détruit les feuillets du tissu cellulaire qui couvre le sac, il se présente des vaisseaux sanguins un peu considérables, il faut les lier ou bien faire appliquer le doigt d'un aide sur leurs orifices après les avoir coupés, afin de pouvoir achever l'ouverture du sac, et de ne pas s'exposer au risque de méconnoître les parties qu'il convient de ménager. Mais avant de les lier ou de les couper, il est essentiel de s'assurer de leur nature; car quoique le cordon des vaisseaux spermatiques passe presque toujours derrière la hernie, il pourroit se faire qu'il se présentât au devant, ainsi que Ledran, Boudou et Bell disent l'avoir observé. Arrêter le sang s'il en vient. Prendre garde aux vaisseaux spermatiques.

A peine le sac herniaire est-il ouvert, qu'il en sort une sérosité plus ou moins abondante, et qui pour l'ordinaire est extrêmement fétide. Il faut alors y introduire l'extrémité d'une sonde cannelée, mousse et fermée par le bout, à la faveur de laquelle on fait glisser une branche de ciseaux mousses et bien tranchans, qui coupent les parties membraneuses et peu résistantes, avec plus de facilité que le bistouri ne le pourroit faire. L'ouverture du sac herniaire met les intestins qu'il renferme à nu. Ou ils sont sains et sans adhérences, ou ils sont adhérens, ou ils sont gangrenés. Ces trois états demandent des soins différens.

1°. Lorsque les intestins sont sains et non 1°. Les intestins sont sains.

En tirer une certaine quantité hors de l'anneau pour étendre les matières et les vents.

adhérens, il faut en tirer doucement une nouvelle quantité hors du ventre, afin que les vents et les matières contenus dans la portion déplacée se distribuent dans un plus grand espace, et ne la distendent pas autant. On est quelquefois parvenu, au moyen de ce seul procédé, à faire rentrer les intestins sans qu'il ait été nécessaire de débrider l'anneau et d'y faire de dilatation. Le fait communiqué par Ritch, et dont il a été parlé plus haut, montre que ce procédé peut être d'une utilité beaucoup plus grande en faisant connoître une disposition qui causeroit infailliblement la perte du malade si elle demeuroit cachée. Ce chirurgien avoit fait l'opération de la hernie à un homme qui étoit attaqué d'étranglement. A peine fut-elle achevée que les accidens parurent calmés. On fit prendre au malade quelques lavemens à demi-seringue pour debarrasser les gros intestins, et malgré cela il n'avoit pas été à la selle six heures après l'opération. Les accidens reparurent peu de temps après. Les secours qui lui furent administrés furent sans effet, et le malade mourut au bout de douze heures. A l'ouverture de son corps, on trouva l'intestin rétréci aux deux endroits qui avoient été étranglés par l'anneau, comme si on l'avoit fortement serré avec une ficelle. Il y avoit adhérence mutuelle des parties intérieures, de sorte que la continuité du canal étoit en-

Ce procédé est utile pour faire connoître le rétrécissement d'intestins observé par Ritch.

tièrement interrompue, et le passage des matières absolument obstrué. Quelque danger que cette disposition présente, elle n'est point au dessus des ressources de l'art, et on pourroit y remédier en retranchant la partie intestinale qui a souffert étranglement, et en réunissant les deux bouts qui résulteroient de sa rescision, par quelqu'un des moyens qui seront indiqués lorsqu'il sera question des hernies compliquées de gangrène. Les intestins tirés hors du ventre et maniés pendant quelque temps, sont repoussés de bas en haut et de dedans en dehors avec les doigts indicateurs des deux mains portés alternativement, afin que le premier contienne la portion déja rentrée, et l'empêche de faire effort contre celle que l'on cherche à réduire avec le second. Si ces tentatives ne réussissent pas, on en vient au débridement ou à la dilatation de l'anneau.

Réduire les intestins.

Le débridement est la première méthode qui ait été mise en usage. Il se pratique encore souvent de la manière que Franco et Paré ont conseillée. Le chirurgien abaisse les intestins déplacés avec la main gauche, et fait glisser dans le ventre l'extrémité de la sonde mousse et fermée dont il s'est servi pour ouvrir le sac. Lorsqu'elle y est parvenue, il la prend de la main gauche, et porte le long de sa cannelure un bistouri qui fait angle avec elle, et qui

Si on ne le peut, débrider.

Avec le bistouri conduit sur la sonde.

coupe les fibres aponévrotiques dont la tension cause l'étranglement. L'incision étant jugée d'une étendue assez grande, il retire les deux instrumens à la fois pour être sûr que la pointe du bistouri n'a pas abandonné la cannelure de la sonde et qu'elle n'a point blessé les parties intérieures. Quelques-uns se servent de la sonde ailée de Méri, comme dans le cas où il faut agrandir les plaies du ventre compliquées de l'issue des intestins. D'autres emploient le bistouri à la lime dont il a été parlé à l'occasion de ces plaies. Mais la meilleure méthode est celle qui vient d'être exposée, ou celle qui consiste à inciser l'anneau avec un bistouri terminé par un bouton, et dont la lame ait peu de largeur. On fait glisser le doigt indicateur de l'une des deux mains entre les intestins qui forment la hernie et l'anneau, la partie interne du doigt du côté de l'anneau, et l'ongle du côté des intestins; puis on porte dessus l'extrémité du bistouri au moyen duquel le débridement se fait avec la plus grande facilité. Ce dernier procédé est celui dont je fais le plus ordinairement usage.

Avec le bistouri boutonné conduit sur le doigt.

On n'est point d'accord sur l'étendue de l'incision qu'il faut faire à l'anneau, et sur la direction que cette incision doit avoir. Cyprianus (*De fœtus ex uteri tubâ exciso*, pag. 82.) avoit recommandé de lui donner la longueur d'un pouce. Il n'a été suivi que par Blegny,

Etendue du débridement.

Cyprianus, Blegny, Garengeot le conseillent fort grand.

dont le sentiment ne fait pas autorité, et par Sharp. Ce dernier dit qu'en faisant une grande incision, non-seulement on manie moins rudement les intestins que l'on se propose de réduire, mais encore on évite les accidens qui résultent de la lésion des parties membraneuses lorsqu'elles ne sont pas totalement incisées. Garengeot paroît être aussi de cet avis, puisqu'il recommande de porter le doigt dans l'anneau après l'avoir incisé avec le bistouri, pour connoître le lieu qu'occupe l'artère épigastrique, avant d'augmenter le débridement avec les ciseaux. Les autres praticiens ne prescrivent rien à ce sujet, ou veulent qu'on se contente d'une incision de trois ou quatre lignes de long; ce qui suffit pour faciliter la réduction. Un débridement plus considérable exposeroit au danger de blesser l'artère épigastrique. Cet accident est quelquefois arrivé. Bertrandi assure avoir ouvert des cadavres d'hommes morts quelques heures après avoir été opérés de la hernie, quoique cette opération eût éte faite avec tant de facilité, d'adresse et de promptitude, que les opérateurs s'en étoient applaudis. Ils ne pouvoient concevoir la cause d'une mort si prompte et si inattendue. Mais l'étonnement a cessé quand ils ont vu le ventre plein du sang qui étoit sorti de l'artère épigastrique ouverte. C'est pour éviter l'inconvénient dont il s'agit, que Ver-

Ce qui expose à blesser l'artère épigastrique.

Bertrandi a vu cet acident arriver.

Verduc, Heister, Garengeot et Bertrandi veulent qu'il soit fait en dedans.

duc, Heister, Garengeot et Bertrandi veulent que l'incision de l'anneau monte obliquement en dedans, et qu'elle porte sur son pilier supérieur et interne. Mais Sharp et Delafaye disent positivement le contraire. Il faut, selon eux, que le débridement se fasse en dehors, du côté de la crête de l'os des îles.

Sharp et Delafaye en dehors.

Observations de l'auteur.

Les observations que j'ai faites à ce sujet m'ont appris que cette diversité de sentimens étoit fondée sur celle que la nature présente dans la disposition de l'artère épigastrique. J'ai vu que cette artère monte tantôt le long du pilier externe, tantôt le long du pilier interne de l'anneau sur les sujets qui ne sont point attaqués de hernie, comme sur ceux en qui cette maladie se rencontre. Il me semble pourtant que chez ces derniers elle suit plus ordinairement la face postérieure du pilier interne que celle de l'externe : d'où il suit qu'on s'expose moins au danger de la blesser en dirigeant l'incision en dehors qu'en la portant en dedans. Cette artère est ordinairement accompagnée d'assez près par l'artère ombilicale, et l'on n'est pas moins exposé à blesser celle-ci que l'autre. Si l'hémorragie qui doit en résulter étoit connue, il me semble qu'il ne seroit pas extrêmement difficile d'y remédier, en portant sur l'orifice du vaisseau, après la réduction de l'intestin, un bourdonnet trempé dans l'eau styptique, et en l'y maintenant avec

le doigt pendant un temps suffisamment long. On le soutiendroit ensuite avec d'autres bourdonnets, ou avec une tente introduite dans la plaie, et avec les autres pièces d'appareil.

Dilater l'anneau.

Thévenin a conseillé dans cette vue un dilatatoire.

La dilatation de l'anneau a autrefois été conseillée par Thévenin, qui écrivoit vers la fin du siècle dernier. Ce chirurgien vouloit qu'après avoir ouvert le sac herniaire, on conduisît une sonde creuse sous l'anneau qui forme l'étranglement, et qu'on fît glisser un dilatatoire à deux branches le long de sa cannelure, pour agrandir l'anneau sans l'inciser. Il recommandoit aussi dans quelque cas, que l'on pratiquât l'incision avec un bistouri dirigé sur la même sonde. Leblanc a renouvelé depuis peu la dilatation dans un ouvrage qui a pour titre : *Nouvelle Manière d'opérer les hernies.* Elle doit être faite avec les doigts; et en cas de trop grande résistance, avec un dilatatoire à deux branches assez semblables au gorgeret brisé de Foubert. Lorsqu'on veut se servir de cet instrument, il faut lui faire perdre le froid naturel de l'acier. On a soin d'ajuster ses deux branches l'une à l'autre, et de les maintenir dans cette position au moyen d'un ressort placé dans leur intervalle, afin qu'elles soient parfaitement unies et qu'elles puissent être introduites plus aisément dans l'issue herniaire. L'instrument est graissé avec de l'huile, pour qu'il puisse glisser avec plus de

Leblanc a renouvelé le procédé et l'instrument.

facilité. Cela fait, on le prend comme une plume à écrire, la concavité de sa gouttière tournée vers les intestins qui doivent y être reçus, et le doigt annulaire adossé à sa convexité. Le dilatatoire ainsi tenu, on abaisse avec la main gauche la portion d'intestin déplacée, et on le pousse avec circonspection dans l'anneau. Quand il y est introduit de la longueur de douze à quinze lignes, on détend le ressort. Il faut que la vis qui le tient ne soit pas trop serrée, si on veut que cela se fasse aisément. On appuie sur son extrémité pour lui faire quitter la partie du manche contre laquelle il fait effort. Cette circonstance est fort utile pour éviter qu'en empoignant le manche pour faire la dilatation, et en faisant pour cela les mouvemens alternatifs qui sont nécessaires, le rapprochement des branches qu'il occasioneroit ne donne lieu au pincement de l'intestin, sans même que l'opérateur s'en aperçoive. Il ne faut plus ensuite que saisir le manche et le serrer par degrés et par de petits mouvemens répétés, afin que ses branches s'écartent, et qu'elles dilatent l'anneau. A mesure que la dilatation se fait, on pousse doucement l'instrument en avant pour la rendre plus ample. Il faut ensuite avoir soin, pendant ce procédé, de lever un peu l'anneau vers le haut avec la partie arrondie du dilatatoire.

L'usage du doigt et celui de l'instrument dont on vient de parler doivent être déterminés par les circonstances. Lorsqu'on peut tirer à soi et hors du ventre l'anse d'intestin étranglée, on peut faire la dilatation avec le doigt qui, portant sur une portion d'intestin saine et qui n'a pas souffert d'étranglement, ne peut le meurtrir ni le froisser. S'il n'est pas possible de tirer l'intestin au dehors, il faut se servir du dilatatoire qui peut être employé dans tous les cas sans inconvénient.

Les avantages qu'il attribue à ce procédé.

Les avantages que Leblanc attribue à cette manière d'opérer les hernies sont : 1°. qu'elle est moins douloureuse, 2°. qu'elle n'expose pas aux mêmes dangers que l'incision, et 3°. qu'elle procure aux malades une guérison radicale, au lieu qu'ils restent ordinairement sujets aux retours de la hernie. Le dernier ne dépendroit-il pas de ce que l'anneau qui n'a pas été incisé se resserre peu à peu, pendant que le sac contracte des adhérences avec les parties intérieures, ce qui lui fait faire l'office d'un bouchon? Le débridement au contraire n'est jamais suivi de guérison radicale, parce que les bords de la plaie faite à l'anneau s'écartent, et ne peuvent plus se rapprocher et se coller l'un à l'autre : d'où il suit que cette ouverture reste beaucoup plus grande qu'elle n'étoit avant. Il est vrai qu'il n'est plus à craindre que l'étranglement ait lieu ; mais le

malade est forcé de porter un bandage pour s'opposer à l'augmentation successive du volume de la hernie. Malgré la préférence que Leblanc croit devoir donner à la dilatation, il convient pourtant qu'il y a des cas où l'anneau doit être incisé. Si, par exemple, il a contracté des adhérences avec l'intestin, et qu'il ne soit pas possible de détruire ces adhérences sans en opérer le débridement; s'il y a quelqu'étranglement intérieur, il faut se servir de l'instrument tranchant, et même le porter plus profondément afin de couper les brides qui retiennent les intestins, ou de séparer plus aisément les adhérences qui s'opposent à la réduction.

Leblanc croit que l'utilité de la dilatation ne se borne pas à remédier aux accidens de l'étranglement, et qu'elle pourroit être employée avec succès pour la guérison radicale des hernies simples dont le volume est considérable. Il a été parlé précédemment de l'essai qu'il a fait de ce procédé sur un jeune Anglais qui dès sa plus tendre enfance portoit du côté droit une hernie inguinale fort grosse, et qui lui faisoit souffrir des coliques violentes lorsqu'elle s'échappoit. La réussite de cette opération ne peut rassurer sur les dangers auxquels seroient exposés ceux sur qui on oseroit la pratiquer.

Lorsqu'on a incisé ou dilaté l'anneau, on repousse

repousse les intestins dans le ventre de la manière qui a été décrite précédemment, en commençant par réduire les premiers ceux qui sont sortis les derniers, et même le mésentère s'il les accompagne. S'il se présente trop de difficulté dans cette partie de l'opération, il est à craindre qu'il n'y ait quelqu'étranglement dans le ventre au dessus de l'anneau. Dans ce cas, on introduit profondément le doigt indicateur sur lequel on pousse peu à peu un bistouri boutonné pour couper la bride qui forme l'obstacle. Mais il faut y apporter beaucoup de précaution, de peur de blesser les intestins ou d'ouvrir quelqu'artère interne. Enfin si la hernie est complète, et que le sac n'ait pas été d'abord ouvert jusqu'à sa partie inférieure, il faut le fendre en entier pour ne pas laisser en cet endroit un cul-de-sac dans lequel le pus puisse s'amasser, ce qui mettroit obstacle à la guérison de la plaie. Quelques-uns proposent de réduire le sac après qu'on a repoussé les intestins. Lorsque la hernie dure depuis quelque temps, ce sac contracte des adhérences avec tout ce qui l'environne. Mais les choses doivent-elles se passer de même dans les hernies récentes? Nous savons que les parties ne se collent mutuellement qu'au bout de quelque temps. Il faut quelquefois plusieurs jours pour que cela arrive dans les plaies. Ici où il n'y a pas d'inflammation dé-

Repousser les intestins dans le ventre.

Achever de compléter l'ouverture du sac.

Réduire le sac, si cela se peut.

terminée, il en faut peut-être d'avantage. Bell a vu un cas de cette espèce dans lequel le sac de la hernie n'avoit pas contracté d'adhérences. La tumeur avoit paru depuis cinq à six jours; elle étoit de la grosseur d'un œuf. On n'eut aucune peine à réduire le sac, et après la mort qui arriva deux jours après l'opération, le passage à travers l'aponévrose du muscle grand oblique se trouva fort dilaté; mais on n'y rencontra nulle trace de sac herniaire.

En retrancher une partie s'il est fort grand.

Lorsque ce sac est extrêmement grand, il est nécessaire d'en retrancher une partie, ce qui se fait aisément et sans danger avec le bistouri, pourvu qu'on ait bien examiné les parties qu'on se propose d'extirper. J. L. Petit avoit vu un des plus grands maîtres du siècle dernier opérer ce retranchement au moyen de la ligature. Il tenta ce procédé sur une femme attaquée d'une grosse épiplocèle à laquelle il étoit survenu de l'étranglement. Deux heures après, il prit à la malade de vives douleurs et des tranchées dans tout le ventre. Petit examina l'état des choses pour voir si quelque portion d'intestin ne se seroit pas déplacée par l'anneau. N'ayant trouvé rien de semblable, il pensa que les accidens survenus étoient l'effet de la ligature, et il la coupa. La malade fut soulagée comme par enchantement. Cette ligature étoit donc la cause

On a quelquefois fait ce retranchement avec une ligature.

Danger de ce procédé, observé par Petit.

du mal. Petit ne doute pas que ce soit à elle qu'il faille rapporter la perte de ceux qu'il a vu mourir du point doré. Cette opération étoit donc encore en usage de son temps; et outre que son effet n'étoit pas sûr pour la guérison de la hernie, elle exposoit à de grands dangers.

Panser le malade.

L'opération de la hernie inguinale achevée, il ne reste plus qu'à panser le malade. Franco rapprochoit les bords de la plaie, et les contenoit par quelques points de suture. Rousset recommande le même procédé que je trouve suivi par Paré, Pigray, Thévenin et plusieurs autres. Ce n'est que vers la fin du siècle dernier qu'on a commencé à se servir d'une tente que l'on portoit à travers l'anneau jusqu'à ce qu'elle débordât dans la cavité du bas-ventre, et que l'on ôtoit lorsque la suppuration étoit bien établie. Alors on lui en substituoit une autre moins grosse et moins longue, et cette pièce d'appareil n'étoit supprimée que lorsque la plaie étoit devenue trop étroite pour en permettre l'introduction. L'effet qu'on en attendoit étoit d'empêcher que les parties se déplaçassent de nouveau, et de conserver une voie par laquelle les écoulemens intérieurs pussent se faire avec facilité. Petit à qui l'expérience avoit appris que les intestins remis dans le ventre ne font point effort pour s'en échapper, et qu'il ne doit sortir aucune

Franco et ceux qui l'ont suivi, rapprochoient les bords de la plaie.

On a commencé à user de la tente vers la fin du siècle dernier.

Petit y a substitué une pelotte.

humeur de cette cavité, a supprimé la tente dont la présence fatiguoit les parties, et lui a substitué une pelotte mollette de linge ou de charpie qu'il appliquoit sur l'anneau, et dont il ne se servoit que pendant les premiers jours. Cette méthode a été généralement adoptée, et elle est encore suivie par le plus grand nombre. Cependant il y a quelques praticiens qui sont revenus à celle qu'enseignoit Franco, et que ses successeurs immédiat sont mise en usage. Mertrud membre du collège de chirurgie de Paris écrivoit en 1745, que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut être regardée comme une plaie simple, et qu'elle ne demande que la réunion. « Si on en rapproche les bords sans y introduire ni tente, ni pelotte, ni bourdonnet, le malade, dit-il, sera guéri en sept à huit jours, au lieu de six semaines ou deux mois, et quelquefois plus que l'on emploie ordinairement, et par là on évitera toutes les douleurs que causent de si longs et de si fâcheux pansemens ? » Depuis ce temps Mertrud a enseigné cette manière de panser dans ses démonstrations au Jardin des Plantes, et il s'en est servi très-utilement dans sa pratique. Leblanc la recommande, et Hoin l'a toujours employée, même quand il faisoit le débridement de l'anneau. Il est certain que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut, en quelque

Mertrud croit devoir revenir au procédé de Franco.

Leblanc le recommande, et Hoin l'a toujours employé.

sorte, être considérée comme une solution de continuité aux parties saines; ainsi, il n'y a rien de mieux à faire que d'en rapprocher les bords et de les couvrir de charpie. On mettra par dessus quelques compresses triangulaires, et le tout sera soutenu par un bandage inguinal, lequel est infiniment préférable au spica de l'aîne, dont l'application est embarrassante pour le chirurgien et fatigante pour le malade. On aura soin après cela de soutenir les bourses avec une bande de toile fixée au reste de l'appareil. Je les ai vues s'engorger et devenir très-douloureuses parce qu'on n'avoit pas pris cette légère précaution.

Donner un lavement confortatif.

Une heure après l'opération, on fait donner au malade un lavement composé d'une chopine de vin rouge, d'un verre d'huile de noix et de deux ou trois onces de sucre, pour consoler et fortifier les intestins, et les solliciter à se débarrasser de la matière infecte dont ils sont remplis. La sortie de cette matière est ordinairement précédée de celle des vents qui s'échappent peu de temps après que le malade a été opéré. S'ils tardent à se faire entendre, et que les accidens de l'étranglement ne se dissipent pas, il faut faire prendre quelques verres de tisanne laxative. Dionis en fait un précepte. Il ne craint pas d'avouer qu'il est redevable de cette pratique à Moreau médecin. Je l'ai suivie pour la première fois sur

Donner une tisanne laxative, suivant le conseil de Dionis.

un malade à qui j'avois fait l'opération de la hernie, le second jour de l'étranglement. Quoique l'anneau eût été bien débridé, et que je n'eusse trouvé aucun obstacle à la réduction des intestins, le malade continua à avoir des hoquets et des vomissemens fréquens les deux premières heures qui suivirent l'opération, et le ventre fort tendu sans qu'il rendît ni vents ni matières par en bas. Je lui fis donner plusieurs lavemens qui furent sans effet. Le même jour il prit, par mon conseil, un minoratif dont il rendit la plus grande partie par le vomissement, mais qui lui fit pousser une selle et rendre quelques vents qui le soulagèrent. Comme la tension du ventre et les autres accidens continuoient encore le lendemain matin, quoiqu'avec moins de violence, je fis réitérer la potion purgative qui eut l'effet que j'en attendois, et qui procura des selles fort copieuses. Le malade a fort bien guéri. Depuis ce temps je n'ai jamais manqué de purger ceux qui ont été confiés à mes soins, presque aussitôt après l'opération, et cette conduite m'a bien réussi.

Lever le premier appareil quand il est assez humecté.

Le premier appareil ne doit être levé qu'au bout de trois ou quatre jours. On lui en substitue un autre semblable, et les pansemens sont plus ou moins fréquens suivant l'abondance avec laquelle la plaie suppure. La charpie sèche est presque le seul topique qu'elle exige pour son entière guérison.

La manière d'opérer que je viens d'exposer consiste à ouvrir la peau et le sac herniaire, et à débrider ou à dilater l'anneau, pour remettre les parties déplacées dans le ventre. Il y en a une autre à laquelle des auteurs de réputation ont cru devoir donner des éloges, et qui, par conséquent, mérite d'être connue. Voici comme elle est décrite par Pigrai que l'on croit en être l'inventeur. « Il faut premièrement faire situer le malade à la renverse, puis faire une incision un doigt au plus au dessus du lieu qui est serré, parce que dessus ce lieu on ne peut le faire sans blesser l'intestin. L'ouverture étant faite jusqu'au péritoine, il faut faire tourner le malade sur le côté opposé afin de reculer les intestins du lieu où l'ouverture doit être faite, puis couper le péritoine et mettre un doigt dans la plaie, retirant peu à peu et doucement l'intestin qui est tombé, et le ramenant en son lieu naturel, ayant les mains un peu frottées de beurre ou d'huile d'amande douce; et s'il y en avoit telle quantité de tombée qu'on fût contraint de faire plus grande ouverture, il la faudroit faire jusqu'au lieu serré, mais en y mettant le doigt, et la faire sur une sonde pour la conservation de l'intérieur. »

Méthode attribuée à Pigrai.

Rousset qui écrivoit en 1580, et par conséquent peu de temps avant Pigrai dont l'*Epitome præceptorum medicinæ chirurgicæ* n'a

Rousset avant Pigrai l'avoit vu pratiquer.

paru qu'en 1609, nous apprend que cette opération, qu'il regarde comme nouvelle, a souvent été pratiquée par Florent Vallensis (Duval), par le fils de cet habile opérateur, et par un autre chirurgien qu'il nomme Charles Maupas. Leur procédé étoit celui ci. Ils faisoient une ouverture au ventre un peu au dessus de la hernie. Ensuite ils coupoient avec précaution la peau, les muscles et le péritoine jusqu'au lieu par où les parties sortoient, et après avoir écarté et agrandi cette ouverture, ils remettoient l'intestin en dedans, et de cette manière ils sauvoient la vie au malade lorsqu'il étoit prêt à la perdre; ensuite ils réunissoient la plaie au moyen de la gastroraphie.

Elle a été attribuée à Chéselden.

Comment une méthode connue depuis si longtemps a-t-elle pu être attribuée à Cheselden, auteur moderne? Ce n'est pas la seule méprise dans laquelle Heister soit tombé à cette occasion, car il ne paroît pas que Cheselden ait jamais pratiqué l'opération dont il s'agit. Le cas qu'il rapporte est celui de Jean Heisman, qui fit le vendredi avant Pâques un effort considérable suivi d'une hernie avec étranglement. Il fut porté le lundi suivant à l'hôpital S. Thomas où il ne fut opéré que le lendemain, parce qu'il ne voulut pas l'être le jour même. Cheselden lui fit une grande incision, ce qui facilita la rentrée des intestins. L'épiploon étoit adhérent. Il fut lié en deux.

Méprise de Heister à ce sujet.

endroits et coupé entre les deux ligatures. Le malade a fort bien guéri.

La gravure qui accompagne le récit de ce fait représente l'épiploon déplacé, au dessus duquel on a passé les fils propres à le lier. L'incision paroît s'étendre beaucoup au-delà de la hernie; et c'est sans doute cette circonstance qui, jointe à l'expression de Cheselden qui dit avoir fait une incision *in the bottom of the abdomen*, au bas de l'abdomen, qui a trompé Heister et ceux qui en ont parlé d'après lui. Mais ces mots signifient qu'elle fut pratiquée au bas du ventre, et n'indiquent pas qu'elle l'ait été au dessus du lieu qu'occupoit la hernie. Si l'on en croit Heister, Cheselden n'a fait en cela qu'imiter un chirurgien hollandais qu'il nomme Smalzius, et qui, au rapport de Frédéric Deckers, a mis cette opération en usage plusieurs fois, ce que je n'ai pas été à portée de vérifier.

Ses inconvéniens.

Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas regretter que ceux dont elle a été connue ne soient pas entrés dans un plus grand détail à son sujet. Les inconvéniens qu'elle présente sont si grands qu'on ne peut s'empêcher de la rejetter. Car, outre celui d'exposer le malade au danger d'une hernie ventrale consécutive sans le préserver pour l'avenir de celle dont il est déja attaqué, il est à craindre que l'intestin et l'épiploon aient contracté des ad-

hérences vicieuses qui empêchent de les retirer de la poche dans laquelle il se sont engagés, et que la pourriture s'en soit déja emparé. C'est ce qui est arrivé à un des malades dont Rousset nous a conservé l'histoire. Trois jours après qu'on lui eut fait l'opération, les excrémens commencèrent à sortir par l'intervalle des fils qui avoient servi à faire la suture de la plaie. Cette excrétion dura quinze jours. Lorsqu'elle fut cessée, il s'en fit une autre pendant quatre mois d'une humeur semblable pour sa couleur à une décoction de rhubarbe. On y remédia par des lavemens et des injections faites par la plaie. La guérison a été complète. Mais un seul exemple ne peut servir de règle, et il ne doit rien diminuer de la crainte des dangers dont l'opération en question doit être suivie.

2°. Les intestins sont adhérens.

2°. Lorsque les intestins sont adhérens entre eux, ou qu'ils le sont au sac herniaire, il faut examiner la nature de cette adhérence. Si elle ne vient que de l'inflammation qui résulte de l'étranglement, si elle n'est causée que par l'humeur visqueuse qui transpire des parties médiocrement enflammées, on la détruit avec le doigt, puis on réduit les intestins et on panse la plaie comme il a été dit précédemment. Si cette adhérence est ancienne, si elle est telle que les intestins soient intimement unis entre eux, il faut se contenter de

Détruire les adhérences légères.

Laisser les anciennes.

débrider l'anneau, et panser le malade sans réduire les parties sorties. Ce pansement consiste à les couvrir avec des plumaceaux trempés dans un mélange d'huile rosat et d'eau tiède. On mettra par dessus des compresses imbibées du même mélange, et le tout sera soutenu avec le bandage inguinal. Les accidens cessent aussitôt que l'étranglement est détruit. Les intestins rentrent peu à peu dans le ventre où ils sont entraînés par le ressort du mésentère; et s'ils ne retournent pas en entier dans le lieu qui leur est naturel, il se fait une exfoliation de leur membrane extérieure, et il s'élève de leur surface des bourgeons charnus qui s'unissent aux parties voisines, et qui contribuent à la formation de la cicatrice. Ce procédé est bien plus avantageux que celui de séparer les intestins par la voie de la dissection, comme quelques-uns le recommandent, ce qui les expose à être blessés. Il est applicable au cas où le volume des intestins est considérable: car, quoique sains et non adhérens, ils ne peuvent être repoussés dans le ventre sans éprouver du froissement et de la contusion, et lorsqu'on parvient à les y retenir, on expose les malades à des douleurs vives qui ne cessent que lorsqu'on les laisse sortir de nouveau.

On trouve à ce sujet une observation intéressante dans les œuvres posthumes de J. L. *Observation de J. L. Petit à ce sujet.*

Petit. Un homme qui portoit depuis long-temps une hernie intestinale excessivement grosse, étant tombé dans les accidens de l'étranglement, Petit l'opéra. Il fut surpris, après avoir mis les intestins à découvert, de ne pouvoir les faire rentrer. Ces intestins ne paroissoient distendus par des vents ni par aucune matière retenue. L'anneau étoit bien debridé, et il n'y avoit pas lieu de soupçonner d'adhérence où d'étranglement intérieur. Il fallut absolument laisser les intestins au dehors. Ils furent couverts avec des linges trempés dans une légère décoction de guimauve que l'on disposa de manière à former une espèce de poche ou de suspensoir. Ces pansemens étoient réitérés cinq à six fois par jour. On les continua pendant deux mois. La suppuration des parois de la plaie, la fonte des graisses voisines, la diminution de l'embonpoint général qui suppose celle de l'épiploon et du mésentère, permirent à l'intestin de rentrer insensiblement dans le ventre. La convexité de l'arcade intestinale resta au bord de l'anneau. L'exfoliation de la tunique extérieure de cette partie d'intestin servit de point d'appui à la cicatrice qui se faisoit de la circonférence au centre. Le malade guérit par une consolidation parfaite de la plaie; il fut seulement assujetti à porter un bandage. Il y a dans le troisième volume des mémoires de

l'académie de chirurgie une observation fort curieuse qui lui a été communiquée par Vacher de Besançon, et qui a quelque rapport à celle-ci. Le cas dont il s'agit n'est-il pas un de ceux pour lesquels on pourroit pratiquer aux intestins une légère ouverture qui permît aux vents de s'échapper ? Il a été parlé de ce procédé à l'article des plaies du ventre, et malgré les succès qu'il paroît avoir eus entre les mains de chirurgiens distingués, je n'ai pas dissimulé les inconvéniens qu'il pourroit avoir. Peut-être des expériences hardies permettront-elles un jour de l'apprécier plus favorablement, et de le ranger parmi ceux que la pratique avoue.

Autre observation de Vacher.

3°. Lorsque les intestins sont gangrenés, ou ils ne sont que pincés dans une partie plus ou moins grande de leur diamètre, ou ils sont repliés en double et forment une anse dans la tumeur. Dans le premier cas, ils ont presque toujours contracté des adhérences avec l'anneau, ainsi qu'il a été dit ci-dessus. Les soins qu'il convient de donner au malade se bornent à ouvrir les intestins, si la pourriture ne les a pas encore entamés, ou que l'ouverture qu'elle y a faite ne soit pas assez grande pour permettre un libre écoulement aux matières qu'ils contiennent, ou à panser le malade avec des plumaceaux trempés dans du vin tiède et soutenus par un appareil extrêmement

3°. Les intestins sont gangrenés.

Ce qu'il faut faire s'ils ne sont que pincés.

lâche, s'il s'y est fait une crevasse considérable et que les matières se soient épanchées dans le sac, ou qu'elles se soient infiltrées dans le tissu cellulaire après avoir fait tomber le sac en mortification. Il ne faut pas toucher à l'anneau, de peur de détruire quelqu'une des adhérences que l'intestin altéré peut avoir contractées avec lui. La dilatation et le débridement n'ont pour but que de mettre les parties déplacées à l'aise, et de faire cesser l'étranglement, afin qu'elles puissent être repoussées dans le ventre, et que l'inflammation qui s'en est emparée puisse se dissiper, s'il n'est pas possible de faire la réduction. Or il ne faut ici ni les réduire ni chercher à combattre l'inflammation qui y est survenue, puisque cette inflammation n'existe plus, et qu'elle a déja dégénéré en gangrène.

Les pansemens doivent être fort fréquens, parce que l'appareil est promptement inondé de matières âcres et putrides, dont le séjour pourroit attirer de l'inflammation et de l'excoriation sur les parties voisines. Il faut aussi vider les intestins par des lavemens, et nettoyer de bonne heure la totalité du canal intestinal au moyen de purgatifs doux, comme lorsque les intestins sont sains, et pour la même raison. Le malade est promptement soulagé pour l'ordinaire, et il n'éprouve d'autres incommodités que celles que

la plaie lui cause. En conséquence on peut lui permettre de bonne heure d'user d'une quantité raisonable d'alimens de facile digestion. Le chirurgien ne peut être trop attentif à examiner la route que suivent les matières excrémenteuses. Si elles reprennent leur cours naturel, et que la quantité qui s'en échappe par la plaie diminue de jour en jour, sans qu'il soit nécessaire pour en tarir la source de diminuer la quantité d'alimens dont le malade use, c'est une preuve que l'intestin a souffert une perte de substance médiocre, et qu'il a conservé la plus grande partie de son calibre. Rien ne s'oppose alors à ce qu'on favorise les vues de la nature qui, après avoir nettoyé la plaie par l'expulsion des parties altérées et corrompues, en rapproche les bords, et tend manifestement à une cicatrisation prompte. Si au contraire les matières excrémenteuses passent opiniâtrément par la plaie; si les purgatifs et les lavemens auxquels on a eu recours dans les commencemens ne les ont pas ramenés du côté de l'anus; si on ne peut en diminuer la quantité qu'en retranchant au malade une partie des alimens qu'on a cru devoir lui permettre, on ne peut douter que la perte de substance que l'intestin a soufferte ne soit considérable et que son diamètre ne soit beaucoup retréci. Lorsque les choses sont ainsi disposées, on ne

Laisser cicatriser la plaie si les excrémens reprennent leur cours.

Etablir un anus contre-nature, dans les cas contraires.

pourroit, sans imprudence, permettre à la plaie de se fermer entièrement. Il surviendroit bientôt au malade des coliques occasionnées par l'amas des matières stercorales dans la portion du canal intestinal supérieure à la hernie, et ces coliques pourroient être suivies d'une crevasse et d'un épanchement mortel dans le ventre. La pratique a souvent fourni des exemples de cette fâcheuse terminaison. Il est facile de l'éviter en établissant à l'endroit de la plaie un anus contre nature par lequel les excrémens sortiront pendant toute la vie, ce que l'on obtiendra au moyen d'une tente suffisamment grosse que l'on introduira à chaque pansement dans l'ouverture par laquelle les matières s'écoulent, et que l'on soutiendra avec soin de peur qu'elle ne soit chassée par le ressort des parties, et que cette ouverture ne se resserre trop.

Il est d'autant plus nécessaire de prendre garde aux circonstances qui permettent de laisser fermer la plaie, et à celles qui s'y opposent, que d'une part il seroit fâcheux de s'en être laissé imposer par les apparences d'une fausse guérison, si le malade venoit à ressentir des indispositions relatives au resserrement du canal intestinal, et que de l'autre il seroit désagréable de penser qu'il auroit pu guérir sans rester exposé à l'inconvénient d'un anus contre nature, et aux accidens dont cette

cette incommodité peut être suivie. En effet, quoique nous soyons assujettis à la nécessité de rendre nos excrémens, et que le lieu par où cette évacuation se fait soit assez indifférent en lui-même, les anus contre nature ne sont pas moins une infirmité rebutante et fâcheuse. Il est vrai que les matières qui en sortent n'ayant pas séjourné long-temps dans les intestins, n'ont pas la fétidité de celles que l'on rend par les voies ordinaires; mais aussi, comme l'ouverture qui leur donne issue ne peut avoir l'organisation qui se remarque à l'extrémité du rectum, et que cette ouverture manque sur-tout d'un sphincter qui s'ouvre et se resserre suivant le besoin, elles s'échappent continuellement et sans que les malades en soient avertis. Quelques-uns ont pu faire usage d'une boëte dans laquelle leurs excrémens tomboient. Mais la situation de l'ouverture par laquelle les intestins sortent n'est pas toujours assez favorable pour qu'ils puissent être reçus dans un vaisseau approprié. D'ailleurs la pression que les bords de ce vaisseau doivent exercer sur ceux de la plaie, peut devenir nuisible; à quoi on peut ajouter qu'il est très-difficile d'ajuster ce vaisseau de manière à empêcher que les excrémens se répandent dans les vêtemens du malade.

Incommodité que causent ces anus.

Les malades ne peuvent retenir leurs excrémens.

La malpropreté n'est pas le seul inconvénient des anus contre nature. On a vu des

Ils dépérissent parce que les substances alimenteuses ne séjournent pas assez long-temps.

personnes que cette incommodité a jettées dans le dépérissement et qu'elle a fait mourir à la longue. Cela n'a rien d'étonnant. Les substances alimenteuses dont nous usons doivent séjourner un certain temps dans le canal des intestins, soit pour y être soumises aux forces digestives, soit afin que le chyle qu'elles fournissent puisse être pompé en assez grande quantité par les vaisseaux lymphatiques répandus sur ce canal. Si les matières s'en écoulent continuellement sans avoir subi les changemens nécessaires, et sur-tout avant d'avoir donné ce qu'elles contiennent de parties vraiment nutritives, le malade ne sera pas nourri comme à l'ordinaire, et il perdra peu à peu de ses forces. Il faut pourtant convenir que lorsque l'ouverture établie pour l'évacuation des excrémens n'intéresse que les dernières circonvolutions de l'iléon, le danger auquel le malade se trouve exposé à cet égard se réduit à bien peu de chose.

Ils sont sujets au renversement de l'intestin.

Une suite plus fâcheuse des anus contre nature, est le renversement d'intestins dont ils sont presque toujours suivis. Cet accident étoit peu connu avant le mémoire que j'ai publié à ce sujet dans le cinquième volume de ceux de l'académie de chirurgie. J'avois eu occasion de l'observer pour la première fois, quelques années avant, sur un jeune-homme dont l'anus contre-nature situé à la

Observation de l'auteur.

partie inférieure et moyenne de l'hypochondre gauche présentoit une ouverture ronde, d'un grand pouce de diamètre. Une protubérance du volume du poing, d'une consistance mollasse et d'une couleur rougeâtre qu'il portoit en cet endroit, excita mon attention. Cette tumeur naissoit du dedans de l'ouverture même. Elle étoit surmontée de plusieurs tubercules un peu plus gros que des grains de chénevi, jettés sans ordre sur sa surface, et elle étoit couverte d'une mucosité semblable à celle dont les intestins sont enduits intérieurement. Les excrémens sortoient de sa base : ils étoient de consistance liquide et sans odeur. Le blessé que j'interrogeai sur son état, me dit que cette indisposition étoit la suite d'un abcès qui lui étoit survenu à l'âge de neuf mois; que depuis ce temps, les matières stercorales étoient toujours sorties par cette voie, qu'il n'en passoit presque pas par l'anus, et que le peu qui en sortoit avoit une consistance assez ferme et de couleur blanchâtre. Il ajouta que la tumeur que je voyois n'avoit pas commencé à paroître d'abord; qu'elle avoit grossi peu à peu, et même qu'elle augmentoit tous les jours; qu'elle ne lui causoit aucune douleur; quoiqu'elle fût exposée à l'action de l'air extérieur, et qu'il la bassinât souvent avec de l'eau froide; enfin que les alimens liquides sortoient par la fistule, presque aussitôt qu'il

les avoit avalés et sans aucune altération. Je ne pouvois pousser la tumeur, ni même l'écarter de dessus l'ouverture qui lui donnoit naissance et dont elle couvroit la plus grande partie, sans causer au blessé les douleurs les plus vives. Je parvins cependant à bien examiner les dimensions de sa fistule, et je vis qu'elle étoit bordée circulairement par une cicatrice fort délicate et prête à se déchirer, pour peu qu'elle eût éprouvé la moindre violence. Ce fait qui pour lors étoit nouveau pour moi, me parut mériter d'être observé dans toutes ses circonstances. Je jugeai que la tumeur étoit formée par le renversement d'une portion du colon dépendante de la partie qui s'étendoit depuis l'ouverture jusqu'à l'anus, et que cette maladie étoit de la même espèce que celle qui est connue sous le nom de chûte du rectum.

Deux autres observations de l'auteur.

J'ai vu depuis pendant assez long-temps aux Invalides deux hommes qui portoient des anus contre-nature, compliqués de renversement d'intestin semblable à celui dont je viens de parler. Les exemples de cette espèce ne sont point rares. On en trouve dans les ouvrages d'Albinus, dans ceux de Lecat et de Leblanc. Il seroit à souhaiter que l'on pût guérir cette indisposition; mais l'adhérence que l'intestin contracte avec l'anneau, et le resserrement qui y survient lorsqu'il est resté quelque

Albinus, Lecat, Leblanc ont vu des cas semblables.

temps sans action, ne permettent guère de l'espérer. Peut-être cependant seroit-il possible d'y réussir par des soins bien dirigés lorsque le mal est encore récent, et que la tumeur formée par l'intestin blessé est peu considérable. Ces soins ne doivent pas être différens de ceux qu'exige la chûte du fondement, puisque ces deux maladies sont de la même nature. Ils consistent à repousser doucement la tumeur dans le ventre, et à la contenir au moyen d'une pelotte mollette et d'une épaisseur convenable, qu'on ait soin de renouveler souvent par rapport aux matières excrémenteuses qui sortent de la plaie. La situation du malade doit contribuer beaucoup à sa guérison. Il faut lui recommander de se tenir couché le plus long-temps possible sur le côté opposé, afin d'éviter le poids du canal intestinal; lui prescrire la plus grande attention à ne faire aucun mouvement forcé qui, mettant le diaphragme et les muscles du ventre en jeu, forceroit les intestins à s'échapper par l'ouverture extérieure; tenir le ventre souple et libre, si les excrémens éprouvent quelques difficultés à sortir par l'anus contre-nature; raffermir les parties voisines de cet anus par des fomentations légèrement astringentes et répercussives etc. Il seroit aussi fort essentiel de soutenir les bords de la fistule avec un bourrelet d'ivoire ou de toute autre matière, si le malade ren-

doit des excrémens qui eussent de la consistance, et qu'il éprouvât avant leur sortie un ténesme semblable à celui qui précède l'évacuation des grosses matières par les voies ordinaires. C'est ainsi que par des conseils simples et d'une exécution facile, on pourroit prévenir une indisposition fâcheuse par elle-même, et qui exposeroit les malades au danger le plus pressant, si la tuméfaction, à laquelle les intestins renversés hors des anus contre-nature sont sujets, devenoit assez considérable pour qu'ils fussent étranglés par l'ouverture même qui leur donne issue.

S'il se présentoit un anus contre-nature compliqué de renversement d'intestin, qui fût la suite, non d'une hernie avec gangrène, laquelle suppose une déperdition de substance plus ou moins grande, et un resserrement qui met obstacle au libre cours des matières excrémenteuses, mais d'une plaie qui eût ouvert un des intestins sans y causer une altération trop sensible, les soins dont on vient de parler pourroient conduire à une guérison presque entière. C'est ce que Desault a éprouvé dans un cas trop intéressant pour ne pas trouver place ici.

Un matelot fut blessé par un éclat de bombe à la partie inférieure et droite du ventre, et il lui resta à l'endroit de la plaie une ouverture fistuleuse par laquelle il perdoit tous ses

excrémens, et qui donnoit issue à deux portions intestinales. L'une de forme conique et de neuf pouces de longueur, au sommet de laquelle étoit l'ouverture qui laissoit échapper les matières; l'autre plus petite, de forme ovalaire, froncée comme une bourse, et de laquelle il ne sortoit que des sérosités. Le malade rendoit de temps en temps par l'anus une petite quantité de matières épaisses et de couleur blanchâtre. Sa maigreur étoit extrême, et il avoit dans le ventre des tiraillemens qui l'obligeoient de se tenir courbé.

Desault voulut essayer l'effet de la compression sur les tumeurs intestinales. Il serra pendant quelque temps la plus grosse entre ses mains; et s'aperçut qu'elle diminuoit de volume, ce qui le détermina à l'entourer d'une bande dont les circonvolutions étoient peu serrées, pour ne pas nuire à la sortie des excrémens. Dès le soir ce bandage étant devenu trop lâche, on en mit un plus serré, et le quatrième jour les deux portions d'intestins purent être réduites. L'ouverture fistuleuse fut bouchée par un gros tampon de linge de trois pouces de long, lequel y fut introduit, et fut soutenu par un bandage inguinal. Il fallut lever cet appareil deux fois le jour pour laisser sortir les matières. Mais il survint bientôt des coliques et des cuissons douloureuses dans le rectum qui obligèrent le malade à se présenter

pour aller à la garde-robe. Il rendit une demi-livre de matières fluides, et il eut dans la nuit huit autres déjections semblables lesquelles l'affoiblirent, comme il arrive après un cours de ventre ordinaire.

Le tampon fut supprimé le huitième jour. On y suppléa avec un gâteau de charpie qu'on soutint au moyen de compresses et d'un bandage élastique. Le jeune homme se redressa, il prit des forces, et il ne lui resta plus qu'un suintement séreux.

Quelque temps après, un effort indiscret a dérangé le bon état dans lequel il étoit. L'ouverture s'est aggrandie, et il en est sorti une portion d'intestin longue de six pouces, laquelle s'est engorgée et est devenue douloureuse. Six jours de compression l'ont mise en état de pouvoir être réduite. Il est survenu des gargouillemens et des coliques comme il étoit arrivé précédemment, et les matières ont repris leur cours naturel.

Le citoyen Noël, actuellement chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque, a depuis obtenu la guérison d'un anus contre nature avec renversement d'intestin, par les mêmes moyens. Le matières ont recommencé à couler par les voies ordinaires le cinquième jour : depuis ce moment elles n'ont pas éprouvé d'interruption, et le malade étoit prêt à sortir de l'hôpital de Reims où le citoyen

Noël exerçoit alors, lorsqu'il communiquoit cette observation à Desault le 5 juin 1791.

Le cas où les intestins gangrenés forment une anse dans la tumeur, présente plus de difficultés. Ils y sont libres pour l'ordinaire et sans adhérence. Il seroit imprudent d'en faire la réduction. Le poids des matières dont la totalité du canal est remplie, ne tarderoit pas à y occasionner quelque crevasse suivie d'un épanchement mortel. Il faut le tirer doucement hors de l'anneau pour voir l'étendue de la gangrène dont les progrès s'étendent souvent dans le ventre, retrancher ce qui est mortifié très près de la partie saine, et rapprocher les extrémités du canal pour qu'elles puissent se réunir.

Ce qu'il faut faire lorsque les intestins gangrenés forment une anse libre dans la tumeur.

Retrancher ce qui est mortifié, et faire ensorte de réunir les deux bouts d'intestins.

On a imaginé divers procédés pour obtenir cette réunion. Celui dont on s'est servi le plus anciennement consiste à introduire un morceau de trachée-artère d'un animal dans les deux bouts de l'intestin, à y faire quelques points de suture, et à le repousser dans le ventre. Guy de Chauliac attribue cette invention aux quatre maîtres qui vivoient sur la fin du treizième siècle. Ces hommes célèbres que la charité avoit rassemblés dans la même demeure, et qui s'étoient entièrement dévoués à l'exercice de leur profession en faveur des pauvres, sont au nombre des fondateurs de la société des chirurgiens de Paris. On dit qu'ils avoient composé en commun un ouvrage qui est

Moyen de réunion ancien.

Attribué aux quatre maîtres.

perdu depuis un siècle, et qu'on regrette avec raison. Ceux qui les ont suivis craignant sans doute qu'une partie molle et susceptible de pourriture, telle qu'un morceau de trachée-artère, ne restât pas assez long-temps dans l'intestin blessé pour en soutenir les bords et pour empêcher l'effusion des matières qu'il contient, ont imaginé de lui substituer une cannule de sureau. Mais outre que la nature expulseroit bientôt cette cannule comme un corps étranger, elle pourroit contondre et froisser l'intestin dans lequel on l'auroit introduite. Ces inconvéniens ont fait rejetter le procédé dont il s'agit par Guy de Chauliac et par Fabrice d'Aquapendente. Ce dernier ne craint point de qualifier ceux qui l'ont proposé d'ineptes. Cependant on peut se servir avec avantage de la trachée-artère, pourvu qu'on prenne des précautions capables d'en prévenir la putréfaction, et propres à la tenir pendant quelque temps vis-à-vis de la plaie. Le fait qui suit, et que j'emprunte du troisième volume des mémoires de l'académie de chirurgie, en est une preuve.

Altéré par ceux qui les ont suivis.

Rejetté par Guy de Chauliac et par Fabrice d'Aquapendente.

Un Suisse étoit attaqué depuis neuf jours des accidens de l'étranglement à l'occasion d'une hernie inguinale. La tumeur étoit molle et sans ressort; le pouls étoit languissant; le malade vomissoit les matières fécales et il avoit le hoquet. Duverger, alors chirurgien major

Rétabli par Duverger.

de l'hôpital de Maubeuge, jugea bien que l'intestin étoit gangrené. Ses réflexions et le succès qu'il avoit autrefois obtenu sur un chien auquel il avoit coupé un intestin en travers, en rapprochant les deux bouts de cet intestin et en y faisant quelques points de suture sur une portion de trachée-artère de veau, le déterminèrent à se servir du même moyen. Après avoir tout disposé, il ouvrit la tumeur à l'ordinaire. L'intestin étoit sorti de la longueur de deux doigts. L'anneau fut débridé suffisamment pour avoir la liberté de le faire rentrer avec ce qu'il se proposoit de mettre dans sa cavité, puis ce qu'il y avoit d'intestin gangrené fut emporté. La trachée-artère étoit toute préparée : elle étoit garnie d'autant de fils qu'il devoit y avoir de points de suture. Duverger en avoit passé trois à distances égales dans le morceau dont il alloit se servir. Il avoit eu la précaution de le mettre dans du vin tiède pour lui donner de la souplesse et de la chaleur. Il le trempa dans un mélange de baume du Pérou et du commandeur, et l'introduisit dans l'intestin, de façon que cette portion de trachée-artère en soutînt les deux bouts comme un ceintre porte une voûte. Ensuite, par le moyen de petites aiguilles courbes dont chaque bout de fil étoit armé, Duverger fit des points de suture en piquant de dedans en dehors, à trois ou quatre lignes des bords

de la plaie qu'il faisoit rapprocher légèrement par un aide. L'intestin fut remis dans le ventre et abandonné aux soins de la nature. Le pansement n'eut rien de particulier. Le lendemain de l'opération le malade eut une garde-robe, et les hoquets et les vomissemens cessèrent. Il continua d'avoir le ventre libre. On trouva quelque temps après les anneaux de la trachée-artère dans les selles, et la plaie fut entièrement cicatrisée le quarante-cinquième jour.

Inconvénient.

La seule objection que l'on puisse faire contre cette manière de réunir les deux bouts d'un intestin entièrement divisé, c'est que la trachée-artère qui les soutient n'en peut être expulsée sans que les fils qui ont servi à faire la suture coupent les parties qu'ils embrassent. Voilà donc autant de plaies qu'il y a de points de suture. Ces plaies doivent attirer de l'inflammation. Les épreuves qui ont été faites sur des animaux vivans, ont montré qu'elle avoit donné lieu à des adhérences nombreuses de l'intestin et de l'épiploon entre eux. Ritch, premier chirurgien du feu roi de Pologne, qui avoit suivi un de mes cours d'opérations, a décrit d'après moi dans le quatrième volume des mémoires de l'académie de chirurgie, un procédé que j'enseignois depuis long-temps, et qui n'est autre chose que celui de Duverger simplifié. Il faut, dit-il,

Corrigé par Ritch d'après l'auteur.

introduire dans le bout supérieur de l'intestin divisé un petit cylindre préparé avec une carte roulée. Le diamètre de ce cylindre doit être moindre que celui de l'intestin, afin qu'il puisse y entrer avec facilité. La carte aura été vernissée avec de l'huile de térébentine; et à l'instant qu'on voudra s'en servir, elle sera trempée dans de l'huile d'hypéricum ou autre semblable. Quand le cylindre aura été placé dans le bout supérieur de l'intestin, on l'introduira de même dans celui qui est continu au rectum. Ensuite, pour maintenir la carte en place, on passera une anse de fil par un seul point d'aiguille qui traversera les deux bouts de l'intestin et le cylindre de carte. On nouera ensemble les extrémités du fil à deux ou trois pouces du canal intestinal. Après avoir approché convenablement l'intestin de l'anneau, le fil sera assujetti dans la plaie. On ne le retirera qu'au bout de quelques jours lorsqu'on croira que la cohésion de l'intestin est suffisante, et cela sera facile en coupant le fil au niveau de l'anneau, et en le tirant doucement.

Je ne pense pas comme Ritch qu'il faille attendre, pour placer le fil qui doit servir à faire la suture, que le cylindre de carte soit introduit au dedans de l'intestin. On auroit trop de peine à traverser en même temps les membranes et la carte. Je suis d'avis, au contraire, que le fil ait été placé préalablement

comme dans le procédé employé par Duverger, et que l'intestin soit ensuite percé de dedans en dehors avec des aiguilles dont chaque extrémité du fil ait été garnie. Ritch parle aussi de donner à l'anse de fil une torsion que je ne juge pas nécessaire. Enfin il veut que l'un des deux bouts d'intestin soit introduit dans l'autre suivant une méthode dont je parlerai plus bas. Mais il me paroît suffisant de les affronter pour en opérer le recollement.

Second moyen, dû à La Peyronnie.

Le second procédé que l'on ait employé dans cette vue est dû à La Peyronnie. Cet illustre praticien ayant opéré un homme de trente ans qui étoit depuis plusieurs jours dans les accidens de l'étranglement, trouva que la mortification s'étoit déja emparée des intestins, du sac herniaire et des tégumens. Toutes ces parties percées comme un arrosoir donnoient passage aux matières stercorales. Lorsque la tumeur eut été ouverte dans toute son étendue, il vit que l'anneau étoit fort dilaté par les intestins, et par le cordon des vaisseaux spermatiques qui étoit aussi tombé en pourriture. La Peyronnie reconnut que la gangrène s'étoit étendue dans le ventre. En effet les intestins étoient gangrenés plus de deux pouces au dessus de l'anneau. Ils vinrent avec tant de facilité, qu'il jugea bien qu'ils étoient sans adhérence. Il emporta autant qu'il lui fut possible tout ce qui lui parut

hors d'espérance de pouvoir se ranimer. Pour se rendre maître des deux bouts sains de l'intestin qui auroit pu rentrer dans le ventre et y causer du désordre, il passa un fil avec une aiguille à travers le mésentère, et fit un pli à cette partie pour rapprocher les deux bouts de l'intestin et les assujettir l'un vis-à-vis de l'autre. Ensuite il forma une anse capable de retenir les parties qu'il vouloit empêcher de rentrer trop avant dans la capacité du ventre, ce qui facilita la sortie des matières stercorales et de celles que fournissoit la suppuration. Peu-à-peu, ces matières se partagèrent. Il en coula peu par la plaie. Le reste passa dans la partie inférieure du canal intestinal, et le malade n'alla à la selle que par les voies ordinaires, quand il observoit un régime convenable. La plaie se rétrécissoit de jour en jour, et elle se cicatrisa enfin tout-à-fait au bout de quatre mois, et après que le malade se fut assujetti à une diète fort rigoureuse pendant trois semaines. Six mois après il ressentit des douleurs piquantes dans la plaie. Ces douleurs furent suivies d'une tumeur de la grosseur d'une noisette qui s'ouvrit d'elle-même, et qui fournit pendant un mois du pus et quelques matières stercorales détrempées. Il en sortit aussi un petit os que le malade avoit avalé. Depuis ce temps la cicatrice a été solide; mais il est survenu une nouvelle her-

nie qu'il a fallu contenir par un bandage, et le malade est resté sujet à une colique habituelle. Celui que La Peyronnie avoit déja opéré anciennement, et dont il est parlé dans l'histoire de l'académie des sciences, année 1723, avoit eu aussi des coliques occasionnées par le rétrécissement des intestins à l'endroit altéré, et par la difficulté que les matières trouvoient à y passer. La Peyronnie l'a très-bien observé : mais il ne paroît pas s'être apperçu que ce rétrécissement venoit en grande partie de ce que l'intestin retenu dans la plaie fait un coude qui rend cet obstacle plus difficile à vaincre.

Troisième, dû à Ramdhor.

Ramdhor premier, chirurgien du duc de Brunswick, a évité cet inconvénient au moyen d'un troisième procédé que voici. Une femme avoit une hernie intestinale avec étranglement qui après lui avoir causé les douleurs les plus vives, se termina par un abcès lequel s'ouvrit de lui-même. Il en sortit une anse d'intestin longue de deux pieds. Cette femme incertaine du parti qu'elle avoit à prendre, fit appeler Ramdhor. Lorsqu'il fut arrivé, il trouva que l'intestin sorti étoit déja sphacelé. Il jugea qu'il falloit en faire l'extirpation, ainsi que celle de la portion du mésentère à laquelle il étoit attaché, et qu'ensuite il étoit nécessaire de réunir les intestins sains. En conséquence il introduisit le supérieur dans l'inférieur, et

les

les maintint par un point de suture médiocrement serré. Le succès fut si complet que dès le lendemain les excrémens reprirent leur route ordinaire. La malade fut guérie en fort peu de temps. Elle a vécu pendant un an, après quoi elle est morte de pleurésie. L'ouverture de son corps a fait voir que l'intestin étoit fort bien réuni, et qu'il formoit un canal continu et adhérent au péritoine vis-à-vis l'anneau. Ce procédé paroît beaucoup plus avantageux que les autres. Il procure la réunion prompte des deux bouts de l'intestin, et ne l'expose pas à être froncé et resserré, comme lorsqu'il a été retenu quelque temps dans la plaie pour le passage des matières fécales. D'ailleurs, comme on a fait la réduction sur le champ, il ne contracte pas des adhérences vicieuses avec les parties voisines, et ne forme pas de coude comme dans le procédé de La Peyronnie. Cependant, quoique digne des plus grands éloges, cette manière d'opérer étoit susceptible de perfection. Il est essentiel que ce soit le bout supérieur de l'intestin que l'on introduise dans l'inférieur. Mais comment les distinguer l'un de l'autre au moment de l'opération? Ils fournissent tous deux beaucoup de matières et ne cessent d'en donner que lorsque le canal intestinal est entièrement dégorgé, ce qui n'arrive que plusieurs heures après qu'il a été ouvert. D'ailleurs n'est-il pas à crain-

dre, si on les rapproche sur le champ, que leur agglutination ne soit empêchée par les matières abondantes qui doivent traverser le lieu de leur réunion ? Louis a proposé de les laisser hors de l'anneau pendant plusieurs heures, et de profiter de ce temps pour faire prendre un minoratif au malade ; ce délai empêche qu'on ne tombe dans la méprise, et facilite la réunion. Il veut aussi que l'on fasse la ligature des vaisseaux du mésentère, si on est obligé de retrancher une portion de ce lien membraneux, et qu'on y forme un pli maintenu par une anse de fil comme le pratiquoit La Peyronnie, pour assujettir les deux bouts de l'intestin l'un contre l'autre. Cette anse a de plus l'utilité de les retenir vis-à-vis de l'anneau, et de faciliter la sortie des matières stercorales par la plaie, en cas qu'il vienne à s'en échapper.

Correction de Louis.

Les vues des praticiens ne se sont pas toujours tournées vers la réunion des deux extrêmités de l'intestin, dont on avoit retranché ce qui étoit mortifié. Plusieurs ont pensé que ce seroit beaucoup que de conserver la vie aux malades, aux dépens d'un anus contre-nature par lequel les matières s'écouleroient pendant toute la vie. Tel étoit le but de l'opération imaginée par Littre, médecin et membre de l'Académie des sciences, et décrite dans les mémoires de cette compagnie pour l'année 1700. « Avant de faire l'extirpation de la por-

Quatrième proposé par Littre.

tion d'intestin qui est gangrénée, le chirurgien, dit-il, aura soin de le donner à tenir de peur qu'il ne rentre dans la cavité du ventre. Ensuite, il en examinera les deux bouts pour discerner celui qui tient au duodénum d'avec celui qui est continu au rectum. Le premier se reconnoit 1°. par un mouvement vermiculaire qu'on y remarque après l'amputation; 2°. par quelques matières qui en sortent de temps en temps; 3°. parce que les parties ne s'affaissent pas en entier, et si cela leur arrive, elles sont relevées peu de temps après par l'effort que la matière fait pour sortir. Le bout continu au rectum se connoit 1°. parce qu'on n'y observe aucun mouvement péristaltique; 2°. parce qu'il ne sort pas de matières à moins que, par un mouvement antipéristaltique, une partie de celle qui est descendue ne rétrograde pour sortir par ce bout d'intestin. » Lorsqu'ils sont bien distingués l'un de l'autre, il faut lier le bout continu au rectum, ensuite le repousser dans la cavité du ventre, ayant soin de tenir le fil assujetti extérieurement aux environs de la plaie, jusqu'à ce que la partie liée soit séparée du reste. A l'égard de celui qui est continu à l'anneau, on passera avec une aiguille trois fils séparément à trois lignes de son bord, lesquels partageront sa circonférence en trois parties égales. On nouera ensemble les bouts de chacun de ces fils pour en

faire une anse qui retienne l'extrémité de cet intestin suspendue au bord interne de la plaie du ventre, jusqu'à ce qu'elle s'y soit collée, ce qui arrive par les parties visqueuses de la lymphe et du suc nourricier qui coulent des membranes de l'intestin coupé, et des lèvres de la plaie des parties contenantes du ventre. »

Il n'a jamais été employé.

A la manière dont Littre s'exprime, il est aisé de voir que cette opération n'est qu'un projet dont il n'a jamais fait usage dans la pratique. S'il l'avoit employée, il n'auroit sans doute pas tardé à s'appercevoir combien les signes qu'il donne pour distinguer les deux bouts de l'intestin, sont illusoires. Quoiqu'il dise que le mouvement péristaltique ne peut jamais être confondu avec l'anti-péristaltique, parce qu'il est modéré, égal, régulier, au lieu que l'autre est violent, inégal et irrégulier; quoiqu'il ajoute que les matières qui sortent par un mouvement péristaltique s'échappent doucement et d'une manière uniforme, au lieu que celles qui sortent par un mouvement anti-péristaltique s'écoulent avec impétuosité et par secousses qui se succèdent d'une manière irrégulière, il auroit appris par son expérience qu'il est très-possible de s'y tromper, et de prendre l'une des deux extrémités de l'intestin pour l'autre.

Si l'opération de Littre n'avoit que cet inconvénient, il seroit facile de l'éviter en pre-

nant le parti de temporiser comme le veut Louis, et en donnant au malade un minoratif dont l'effet ne laisseroit aucun doute sur ce qu'on cherche à connoître. Mais à quoi bon faire un anus contre-nature au malade, pendant qu'on peut lui procurer une guérison complète et exempte de tout danger, en suivant le procédé imaginé par les quatre maîtres et perfectionné par Duverger, ou en employant celui de Ramdhor avec la correction de Louis? Il y a apparence que l'on a regardé cette opération de Littre comme une pure spéculation, car on ne voit pas qu'elle ait été adoptée, même dans le temps où l'on ignoroit parfaitement la manière d'opérer les hernies compliquées de gangrène. Heister nous apprend qu'en 1707 le célèbre Rau ayant trouvé les intestins noirs et altérés dans une hernie, il quitta le bistouri et abandonna le malade en disant qu'il ne pourroit en échapper et qu'il mourroit bientôt, ce qui arriva en effet le lendemain. D'ailleurs, lorsque Littre proposoit cette nouvelle manière d'opérer, il ne la donnoit que comme un moyen de remédier à la mortification qui peut survenir aux hernies formées par les appendices de l'iléon, et non pas applicable aux hernies ordinaires, dans lesquelles la totalité du calibre du canal intestinal est tombée en pourriture.

Rau regardoit ce cas comme désespéré.

Les plaies qui divisent les intestins en en-

Les procédés dont il a été parlé sont applicables aux cas de plaies qui ont totalement divisé le calibre des intestins.

tier et que des circonstances heureuses mettent sous les yeux du chirurgien, veulent être réunies par quelqu'un des procédés qui viennent d'être exposés. Les pansemens dans tous ces cas sont extrêmement simples. Ils consistent à couvrir la plaie avec des plumaceaux trempés dans l'esprit de térébentine si les parties extérieures sont gangrénées, et dans du vin tiède si elles ne le sont pas. Ces premières pièces d'appareil seront soutenues par des compresses triangulaires et par un bandage inguinal médiocrement serré, et seront renouvelées fréquemment tant que les matières sortiront par la plaie; après quoi les pansemens deviendront plus rares, à mesure que les écoulemens seront moins abondans, et que la cicatrice fera des progrès.

De la Hernie inguinale épiplocèle.

Ses signes.

La hernie inguinale épiplocèle se présente pour le plus souvent sous la forme d'une tumeur molle, inégale, non rénitente, plus large à l'endroit de l'anneau que par-tout ailleurs, qui ne change pas la couleur de la peau, qui ne cause pas de douleur au malade, et qui, lorsqu'on la comprime, disparoît peu-à-peu et ne fait pas entendre le gargouillement que produit la rentrée des hernies entérocèles. Dailleurs, les malades qui en sont attaqués n'é-

prouvent pour l'ordinaire ni colique, ni vomissement, ni constipation, et leurs incommodités se bornent à des tiraillemens d'estomac qui se font principalement sentir lorsqu'ils ont mangé et que ce viscère est plein.

Cette espèce de hernie arrive plus fréquemment du côté gauche que du côté droit, ce qui dépend vraisemblablement de ce que l'épiplon descend plus de ce côté que de l'autre. Elle ne paroît pas subitement. On observe au contraire que les progrès en sont lents et qu'elle ne parvient à son état qu'après un temps assez long, en quoi elle diffère essentiellement de l'entérocèle qui paroît souvent tout-à-coup, et pour ainsi dire d'une manière instantanée.

On la reconnoit quelquefois avec peine.

La forme sous laquelle se présente quelquefois la hernie inguinale épiplocèle peut jeter beaucoup de doute sur le vrai caractère de cette maladie. Jean-Louis Petit en a rencontré dont la nature lui a paru difficile à démêler. Quelquefois ces tumeurs ont une forme globuleuse qui leur donne de la ressemblance avec les hydrocèles de la tunique vaginale. Dans d'autres cas elles sont allongées et noueuses, de sorte qu'on diroit que c'est le corps pampiniforme dont les vaisseaux sont distendus par un engorgement variqueux. Il y en a chez qui l'épiploon déplacé en grande quantité couvre et enveloppe le testicule au

point de le faire paroître deux fois plus gros que dans l'état naturel. Pipelet a eu occasion d'observer toutes ces variétés. Il n'est parvenu à les discerner qu'à force d'attention, et en s'informant des circonstances qui accompagnoient ce genre d'indisposition. Il a trouvé que le volume de la tumeur change suivant les alternatives du froid et de la chaleur, et que quand on a fait coucher le malade à la renverse elle diminue beaucoup; à quoi il ajoute que si on le fait tousser pendant qu'on appuie sur la tumeur on sent l'impulsion que les parties intérieures du ventre exercent sur elle, ce qui n'a pas lieu sur les autres tumeurs des bourses.

On voit quelquefois l'épiploon devenir skirrheux et même s'endurcir au point d'acquérir une consistance analogue à celle du cartilage. S'il se déplaçoit dans cet état, on croiroit avoir un sarcocèle sous les yeux. Les circonstances pourroient être telles que l'épiploon représentât un second testicule, sur-tout si la tumeur étoit suspendue par un pédicule mince. Peut-être, lorsqu'on a cru trouver le nombre de ces organes augmenté d'un des deux côtés, n'étoit-ce qu'une apparence due à ce genre de cause.

Il faut la réduire et la contenir.

Les indications que présente l'épiplocèle, sont les mêmes que dans l'entérocèle, c'est-à-dire qu'il faut réduire la tumeur et la contenir.

L'adhérence et l'étranglement sont aussi les obstacles qui s'opposent à la première de ces indications.

Les adhérences et l'étranglement s'y opposent.

L'adhérence se connoit par la difficulté, et même par l'impossibilité de faire la réduction de la tumeur. Lorsque cette complication a lieu, il faut se contenter de contenir la hernie avec un suspensoir dont la capacité soit proportionnée à son volume. Ce moyen est le seul auquel on doive avoir recours, quand la hernie épiplocèle est fort grosse sans être adhérente; car bien qu'absolument parlant on puisse en réduire quelqu'une de cette espèce, les malades sont plus incommodés qu'ils ne l'étoient avant, soit que la portion d'épiploon déplacée, dont le volume est considérable, fasse compression sur les autres viscères du ventre, soit que les parties accoutumées à la position que la hernie leur a fait prendre, ne puissent plus revenir à celle qui leur est naturelle, sans que leurs fonctions en soient troublées.

Ce qu'il faut faire s'il y a adhérence.

Comme il est quelquefois arrivé que des personnes attaquées depuis long-temps de hernies épiplocèles d'un volume extrêmement considérable se soient trouvées guéries de cette indisposition, à la suite de maladies longues qui les avoient beaucoup amaigries, on a pensé que l'on pourroit imiter avec succès cette opération de la nature. En conséquence on a conseillé de saigner et de purger plusieurs

On a essayé d'amaigrir les malades.

fois les malades qui sont dans ce cas, de les assujettir à une diète fort sévère, et de leur faire subir un traitement mercuriel, afin que les évacuations abondantes que ce traitement procure les amaigrissant et diminuant le volume de la hernie, on pût en faire la réduction et la contenir ensuite avec un bandage.

Inconvéniens. Mais cette méthode ne peut réussir que lorsque l'épiploon n'a pas contracté d'adhérences avec le sac herniaire ou avec le péritoine, au dedans de l'anneau, comme cela arrive souvent. Or il n'y a point de signes qui puissent faire connoître cette sorte d'adhérence. D'ailleurs en supposant qu'on parvienne à faire rentrer l'épiploon, il est à craindre qu'il grossisse de nouveau lorsque le malade reviendra à son premier embonpoint et qu'il ne comprime les autres viscères, ou qn'il ne cause beaucoup d'incommodités en appuyant sur la pelotte du bandage ; à quoi il faut ajouter que des évacuations aussi abondantes que celles qu'il faudroit procurer au malade, pour obtenir l'effet désiré, pourroient lui être préjudiciables, et altérer son tempérament.

Signes de l'étranglement. L'étranglement qui survient à la hernie épiplocèle produit des accidens assez graves, mais qui le sont beaucoup moins que ceux de la hernie entérocèle. La tumeur devient rénitente, égale, rouge, douloureuse. Le malade a des tiraillemens à l'estomac. Il éprouve

des nausées, des vomissemens, de la constipation, et il a de la fièvre. En un mot, il est sujet à tous les symptômes d'une entérocèle étranglée dans laquelle les intestins ne sont que pincés dans une partie de leur diamètre. Il n'est pas possible de distinguer ces deux cas. Il seroit pourtant à souhaiter qu'il y eût des signes propres à les caractériser. En effet, comme les suites de l'étranglement sont moins fâcheuses dans l'épiplocèle que dans l'entérocèle, on pourroit différer plus long-temps à faire l'opération, en cas qu'elle parût nécessaire.

Les accidens qui viennent d'être exposés ne cessent que lorsqu'on est parvenu à dissiper l'étranglement. S'ils durent quelque temps, l'épiploon suppure et tombe en mortification. Alors la tumeur devient molle, livide, indolente, et elle présente de la fluctuation. Les tiraillemens d'estomac, les nausées et les vomissemens disparoissent, et le malade rentre dans son état de calme et de tranquillité.

Moyens de le dissiper.

Les moyens propres à dissiper l'étranglement sont les mêmes que ceux qu'on emploie dans l'entérocèle. S'ils sont insuffisans, il faut en venir à l'opération qui se pratique de la même manière, au moins quant à l'incision des tégumens et à celle du tissu cellulaire et du sac. Lorsque ce dernier est ouvert, l'épiploon se présente. Ou il est sain et sans

Opérer s'ils sont insuffisans.

adhérence, ou il est adhérent, ou il est tombé en suppuration et en pourriture.

1°. L'épiploon est sain.

1°. Si l'épiploon est sain et sans adhérence, il faut le réduire après avoir dilaté ou débridé l'anneau, et panser le malade comme il a été dit en parlant de l'entérocèle. Mais lorsque le volume en est considérable, il n'est pas possible d'en faire la réduction. Il sembleroit à la résistance qui s'y oppose qu'il n'y a plus de place dans le ventre pour recevoir les parties qui forment la hernie. Que faut-il faire alors? abandonner l'épiploon déplacé à lui-même, après avoir dilaté ou débridé l'étranglement. Les accidens qui en dépendent disparoissent; il n'en survient pas de nouveaux, et l'épiploon rentre peu-à-peu de lui-même dans le ventre, où il est attiré par l'amaigrissement général dans lequel le malade tombe pendant le temps de la cure, et par le retour des intestins et de l'estomac à leur situation naturelle, parce que la position horisontale empêche qu'ils soient entraînés en bas par leur propre poids et par celui de la portion d'épiploon qui formoit la hernie. D'ailleurs cette membrane suppure et diminue de volume, et s'il en reste encore quelque portion au dehors, il s'en élève des boutons charnus qui s'unissent aux parties voisines, et qui contribuent à la formation de la cicatrice. Le plus grand nombre des auteurs veut que dans ce cas on fasse l'ex-

L'abandonner à lui-même s'il ne peut être réduit.

tirpation de la portion déplacée de l'épiploon, après y avoir fait une ligature, pour se mettre à l'abri de l'hémorragie. Ce qui a été dit de la ligature de cette membrane à l'article des plaies pénétrantes du ventre compliquées de son issue, fait assez connoître ce qu'il faut penser de ce procédé. D'ailleurs, pourquoi retrancher une partie saine, et sans doute fort utile, quoique toutes les fonctions auxquelles elle est destinée ne soient pas encore connues? Le pansement doit être fort simple, et à peu près le même que celui qui a été recommandé dans les circonstances où les intestins sont adhérens, dans la hernie inguinale entérocèle.

2°. Lorsque l'épiploon est adhérent, il faut examiner si son adhérence est nouvelle ou ancienne. Si elle est nouvelle, on peut la détruire avec l'extrémité du doigt. Si elle est ancienne et qu'elle n'occupe pas une grande étendue, on peut y employer le bistouri. Mais lorsqu'elle est considérable, il faut la laisser subsister, et se contenter de débrider ou de dilater l'anneau pour faire cesser l'étranglement, puis panser le malade comme il a été dit.

2°. L'épiploon est adhérent.

Le réduire ou l'abandonner à lui-même.

3°. Enfin dans le cas où l'épiploon a suppuré ou est tombé en mortification, il faut retrancher la partie corrompue suivant le procédé indiqué à l'article des plaies du ventre compliquées de l'issue de cette membrane, ou en

3°. L'épiploon est en suppuration.

Retrancher la partie corrompue

abandonner la séparation à la nature, après quoi on pansera le malade suivant les principes qui ont été posés.

De la Hernie inguinale entéro-épiplocèle.

Les signes de la hernie entéro-épiplocèle sont ceux de l'entérocèle et de l'épiplocèle combinés ensemble. La conduite du chirurgien dans toutes les circonstances que cette hernie présente, doit être la même que celle qui a été exposée plus haut, soit pour la manière de la réduire ou de la contenir, soit pour celle de combattre et de dissiper les accidens de l'étranglement s'il y a lieu, soit enfin pour la façon de pratiquer l'opération dans toutes les suppositions possibles. La seule différence qu'il y ait c'est que lorsqu'on est certain de la nature des hernies entéro-épiplocèles, et qu'on juge que l'opération est nécessaire, on peut la différer un peu plus que dans l'entérocèle, parce que la portion d'épiploon déplacée qui accompagne les intestins, les soustrait pour ainsi dire à l'étranglement. D'ailleurs, lorsqu'on pratique cette opération, il faut commencer par réduire les intestins qui se sont déplacés les derniers, ou plutôt qui, dans l'ordre ordinaire des choses, sont situés dans le ventre plus profondément que l'épiploon.

L'ordre que je me suis prescrit sembleroit

exiger que je parlasse de la hernie inguinale formée par la vessie urinaire. Cette hernie est assez fréquente. Elle s'annonce par des signes qui lui sont particuliers, et demande des soins différens de ceux qui conviennent aux autres hernies. Mais comme l'anneau des muscles du ventre n'est pas le seul endroit par où la vessie urinaire puisse se déplacer, qu'elle passe quelquefois sous l'arcade crurale ou par l'intervalle des fibres du muscle releveur de l'anus qu'elle écarte les unes des autres, et qu'elle accompagne souvent le vagin et la matrice dans leurs déplacemens, je n'en ferai mention que lorsque j'aurai décrit les opérations qu'exigent les hernies qui prennent leurs noms du lieu où elles se montrent.

De la Hernie crurale.

Dans la hernie crurale, les parties sortent par dessous l'arcade tendineuse des muscles du bas ventre, autrement appelée le ligament de Fallope ou de Poupart, et au devant des muscles psoas et iliaque et des vaisseaux cruraux. Les viscères qui la forment par leur déplacement sont les mêmes que dans la hernie inguinale, c'est-à-dire, les intestins, l'épiploon, les intestins et l'épiploon ensemble, et quelquefois la vessie urinaire. Les intestins que l'on y rencontre sont le jéjunum, le cécum et

Les parties sortent par dessous l'arcade crurale.

le colon ; les deux derniers plus fréquemment du côté droit que du côté gauche.

Les femmes sont plus sujettes à ce genre de hernie que les hommes.

Les femmes sont plus sujettes à la hernie crurale, et moins sujettes à la hernie inguinale que les hommes. Ce n'est pas précisément parce qu'ayant le bassin plus évasé, l'arcade crurale est plus longue et plus lâche, mais plutôt parce que l'anneau est plus serré chez elles; d'où il résulte que les viscères trouvent moins de résistance du côté de l'arcade crurale que du côté de l'anneau : au lieu que chez les hommes, c'est le contraire.

On croit qu'elle n'a pas été connue avant Verrheyen.

Quoique la hernie crurale soit moins fréquente que la hernie inguinale, on ne peut cependant pas dire qu'elle soit fort rare. C'est pourquoi on a lieu d'être surpris qu'elle n'ait pas été connue des anciens, ou du moins qu'ils n'en aient pas donné une description particulière. Sharp pense que c'est dans le chapitre du péritoine de Verrheyen, dont le traité d'anatomie a paru en 1693, qu'il en est parlé pour la première fois. Cependant la hernie crurale a été connue de Paul Barbette qui écrivoit vingt ans avant.

Elle est quelquefois très-petite.

Verrheyen a vu mourir à la suite de constipation et de vomissemens de matières fécales une femme qui n'avoit point de tumeur au pli de la cuisse, quoiqu'une petite portion de l'iléon fût engagée au dessous de l'arcade crurale, et il dit que Nuck a été témoin d'un pareil

reil événement. L'expérience confirme la justesse de ces observations, et montre qu'il survient quelquefois des accidens d'étranglement à des hernies crurales qui ne s'annoncent que par des symptômes extérieurs fort équivoques. Un soldat invalide me fit voir une tumeur du volume d'une noix, qu'il portoit depuis quelque temps à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, vers le pli de l'aîne. Cette tumeur étoit médiocrement dure et rénitente, assez mobile, ne causoit aucune douleur au malade, et n'avoit pas changé la couleur de la peau. Il n'y avoit ni colique, ni tension au ventre. Je pensois que ce pourroit être un bubon vénérien, et je conseillai au malade de venir à l'infirmerie. Le lendemain il étoit dans un état qui ne pouvoit donner aucune inquiétude. Le surlendemain on m'avertit qu'il étoit fort mal, et qu'il avoit vomi plusieurs fois pendant la nuit. Je ne pus juger de la nature de son vomissement, parce que le vase avoit été nettoyé. Le pouls me parut foible. Il ne s'étoit fait aucun changement à la tumeur. Je crus en la maniant y exciter un gargouillement qui fut entendu et senti par plusieurs de mes élèves. Le ventre étoit souple et sans douleur. La tumeur ne me paroissoit avoir aucune communication avec la cavité du bas-ventre. Le malade que j'interrogai de nouveau, me dit qu'il n'avoit plus de nausées. Il étoit si mal

que je désespérai de son état. J'ordonnai qu'on l'examinât avec soin, et qu'on m'avertît si le vomissement recommençoit. Mais il mourut deux heures après ma visite. A l'ouverture du corps, je trouvai que la tumeur étoit formée par une portion de l'iléon qui étoit passée sous l'arcade crurale, et qui y étoit pincée dans la plus grande partie de son diamètre. Il s'étoit fait une crevasse à cet intestin au dedans du ventre, et près du lieu de l'étranglement. Les matières s'étoient échappées par cette crevasse et s'étoient épanchées dans le ventre. Sans doute elles avoient donné lieu au gargouillement que nous avons senti dans la tumeur pendant la vie du malade. J'ai vu plusieurs hernies crurales de la même espèce.

Ce qui a été dit des hernies inguinales y est applicable.

Comme ce qui a été dit des hernies inguinales par rapport à leurs signes et à leur curation est applicable à toutes les autres hernies quelle qu'en soit l'espèce, je me restreindrai ici à ce que la hernie crurale a de particulier, et je suivrai la même méthode quand je parlerai des autres.

La hernie crurale peut être prise pour un bubon.

Lorsque la hernie crurale est peu considérable, elle ressemble beaucoup aux tumeurs glanduleuses des aînes qui sont connues sous le nom de bubon. Il est souvent arrivé qu'on ait pris une de ces maladies pour l'autre, et que l'on ait incisé des hernies, en croyant ouvrir des bubons vénériens venus à maturité. Louis

en rapporte un exemple dans son mémoire sur les hernies avec gangrène. Le malade mourut des suites de cette fâcheuse opération. Sans doute qu'on a pris aussi quelquefois des bubons vénériens pour des hernies. Cette méprise m'est arrivée une fois, et je ne crains pas de l'avouer, afin d'attirer sur ce point l'attention des personnes à qui cet ouvrage est destiné. Je fus consulté par un officier sur une tumeur qu'il portoit à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, directement au dessous du ligament de Fallope. Cette tumeur avoit paru subitement cinq à six jours avant, à l'occasion d'un effort que le malade avoit fait en sautant un ruisseau très-large. Elle étoit de forme presque ronde, absolument indolente, d'une rénitence assez grande, et n'avoit pas changé la couleur de la peau. Le malade lui-même, qui croyoit n'avoir aucune raison de craindre une maladie vénérienne, ne me dit point qu'il s'y fût exposé, et ne me parla que de l'effort après lequel la tumeur avoit paru, sans qu'elle eût augmenté depuis. Je crus que c'étoit une hernie crurale, et je lui conseillai de se faire faire un bandage; mais l'accroissement de la maladie ne tarda pas à nous détromper tous les deux, et je vis qu'il avoit un bubon vénérien pour lequel je lui fis administrer les remèdes convenables. En d'autres circonstances on pourroit prendre une tumeur humorale

pour une hernie crurale. J. L. Petit étant à Courtrai fut prié de voir une servante d'hôtellerie qui portoit au pli de l'aîne une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle rentroit d'elle-même quand la malade étoit couchée, reparoissoit quand elle étoit debout, grossissoit jusqu'à ce quelle eût acquis son volume ordinaire, et causoit alors de la douleur et de la pesanteur dans l'extrémité du côté malade, ce qui obligeoit cette fille à se reposer de temps en temps. On avoit conseillé un bandage qui nuisoit beaucoup plus qu'il n'étoit utile. La tumeur se montra telle qu'on vient de le dire, mais avec une couleur brunâtre qui disparut lorsqu'elle fut rentrée. Cette tumeur contenoit donc un fluide dont elle se remplissoit, car elle offroit de la fluctuation. Petit vit alors qu'il y avoit le long de la partie interne de la cuisse une corde grosse et noueuse qui suivoit le trajet de la veine saphène, et il n'eut pas de peine à la reconnoître pour cette veine tuméfiée et variqueuse. Il vit que la tumeur de l'aîne étoit faite par la dilatation excessive de cette veine à l'endroit où elle s'ouvre dans la veine crurale.

Légère différence dans la manière de réduire.

Lorsqu'on fait l'opération du taxis pour la réduction de la hernie crurale, il est inutile et incommode de passer une des deux mains sous la cuisse du malade. Il suffit qu'elle soit

appliquée sur la tumeur même, pendant que l'autre embrasse son pédicule. D'ailleurs il ne faut pas pousser les parties de dedans en dehors comme dans la hernie inguinale, mais de dehors en dedans, du côte de l'ombilic. La direction de l'anneau du muscle oblique externe du ventre, et celle de l'arcade crurale, donnent la raison de cette différence.

Si on en vient à l'ouverture de la hernie, il faut donner à l'incision des tégumens une direction qui réponde à celle de la tumeur. Quelques-uns la font cruciale, mais ils s'exposent au danger d'ouvrir la grande veine saphène qui vient s'ouvrir dans la crurale près le ligament de Fallope, et de donner lieu à une hémorragie extrêmement dangereuse. Le tissu cellulaire se présente au dessous de la peau. Il est beaucoup plus épais en cet endroit, qu'à celui où se forment les hernies inguinales. On le trouve parsemé de glandes qu'il faut respecter, et garni de fibres aponévrotiques qui venant du fascia-lata, montent obliquement le long de la partie antérieure de la cuisse, pour se coller à la partie inférieure et externe de l'aponévrose du muscle oblique descendant. Ces fibres doivent être incisées afin de parvenir au sac herniaire qui est caché fort profondément. Mais on doit le faire avec précaution, par rapport aux vaisseaux cruraux qui quoique placés ordinairement derrière les par-

Direction à donner à l'incision, lorsqu'on opère.

Le tissu cellulaire est plus épais, parsemé de glandes et des fibres aponévrotiques du fascia-lata.

ties qui forment la hernie, peuvent cependant se trouver de côté, si elle est petite.

Débrider vers l'ombilic.

Enfin, lorsqu'on ne peut se dispenser de débrider l'arcade crurale, il faut porter l'instrument du côté de l'ombilic et couper dans ce sens. En opérant ainsi, le débridement est plus complet, parce que l'incision tombe perpendiculairement sur les parties qui forment l'étranglement, et on évite autant qu'il est possible d'ouvrir l'artère épigastrique qui, de l'iliaque interne d'où elle tire son origine, monte en dedans pour aller gagner la partie postérieure du muscle droit. En effet, la direction de cette artère étant oblique de bas en haut, et de dehors en dedans, il est plus facile de l'éviter en coupant en ce sens qu'en portant l'incision en dehors, parce que dans le premier cas elle est parallèle à cette artère, au lieu que dans le second elle s'éloigne de sa direction.

Sharp propose le contraire.

Sharp au contraire conseille de débrider en dehors et du côté de la crête des os des îles, afin d'éviter les vaisseaux spermatiques qu'il dit passer au devant de la hernie crurale, et derrière la hernie inguinale. Il convient qu'en suivant ce procédé on peut ouvrir l'artère épigastrique. Mais il ne paroît pas craindre cet accident, et il croit qu'il est facile à un chirurgien habitué à se servir de l'aiguille, d'y remédier. Si cela arrivoit, il faudroit en lier les deux extrémités, et sur-tout celle d'en

bas, qui tenant à l'artère crurale peut donner une quantité prodigieuse de sang. De même si les vaisseaux spermatiques se trouvoient endommagés, il faudroit y faire une ligature supérieurement, ou se rendre maître du sang par la compression, en supposant qu'elle fût possible. Pour éviter cet accident, Bell a imaginé un procédé qui me paroît remplir parfaitement le but qu'on se propose, sans exposer le malade à aucun danger. Il consiste à porter le doigt sous l'arcade aussi profondément qu'il soit possible, et à inciser ensuite cette arcade avec lenteur et par degrés du côté externe. On peut de cette manière l'amincir beaucoup sans la diviser tout-à-fait, et sans courir le risque de blesser les vaisseaux qui sont placés derrière. Bell dit avoir opéré de cette manière. Le succès a été complet. Les parties déplacées ont pu être réduites, et il n'y a pas eu d'effusion de sang.

Manière de débrider de Bell.

De la Hernie ombilicale.

La hernie ombilicale ou exomphale est tantôt formée par les intestins seuls, tantôt par l'épiploon, et tantôt par les intestins et par l'épiploon ensemble. Dans le premier cas on la nomme exomphale, dans le second épiplomphale, et dans le troisième entéro-épiplomphale. Les parties sortent par le nombril ou

Les parties se déplacent par l'ouverture de l'ombilic ou à son voisinage.

par une ouverture située au voisinage et faite accidentellement par l'écartement des fibres qui forment la ligne blanche.

Les enfans y sont sujets.

La hernie ombilicale est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes, sans doute parce que le nombril est d'autant plus susceptible de dilatation qu'on est moins éloigné du temps de la naissance. Leurs cris continuels et la situation horizontale dans laquelle on les retient dans le premier âge y contribuent beaucoup, car ces cris exigent des inspirations et des expirations fortes qui ne peuvent avoir lieu sans que le diaphragme et les muscles du bas-ventre se contractent avec violence, et sans que ces muscles pressent les viscères dans tous les sens; et la situation horisontale fait que ceux-ci pèsent plus sur le nombril qu'ailleurs. Cette cause a tant d'influence dans la production des hernies de l'ombilic, que les quadrupèdes y sont beaucoup plus sujets qu'aux autres hernies, quoique la disposition des anneaux des muscles du ventre et celle de l'arcade crurale soit la même chez eux que dans l'homme.

Ils l'apportent quelquefois en naissant.

On voit assez souvent des enfans venir au monde avec une exomphale. Rien ne mérite une attention plus sérieuse, parce que les intestins déplacés tombant le long du cordon ombilical sans en augmenter beaucoup l'épaisseur, pourroient être compris dans la ligature que l'on fait à ce cordon. Cet accident est ar-

rivé plusieurs fois à ma connoissance, et les enfans sont morts.

Les femmes, les personnes grasses, ceux qui ont été hydropiques sont sujets à la hernie ombilicale.

Les femmes enceintes, celles qui ont eu plusieurs enfans, les hommes extrêmement gras et ceux qui ont eu une hydropisie ascite, sont aussi fort sujets à la hernie de l'ombilic. Chez les femmes, cette maladie vient de ce que la matrice dont le volume augmente de jour en jour élève le paquet intestinal, et le fait peser sur le nombril. Chez les hommes corpulents, elle dépend de la pesanteur de l'épiploon. Enfin chez ceux qui ont été attaqués d'hydropisie ascite, elle reconnoît pour cause la distension des parois du ventre, et la perte du ressort des fibres aponévrotiques de la ligne blanche, qui ont donné lieu à l'élargissement du nombril. On concevra aisément la manière dont ces causes agissent, si on se rappelle que l'ouverture dont il s'agit est formée par le concours des fibres aponévrotiques de tous les muscles qui viennent s'y rendre. Or ces muscles ne peuvent être distendus sans que leurs fibres soient retirées chacune vers leur point fixe, ou, ce qui revient au même, sans qu'elles s'éloignent de l'ombilic qu'on peut regarder comme leur point de concours ou de réunion, et qui doit par conséquent s'élargir.

Les moyens de guérison des autres hernies y sont applicables.

La hernie de l'ombilic veut être réduite et contenue comme toutes les autres. La Vau-

Bandage méchanique proposé par la Vauguion.

guion avoit proposé pour remplir la seconde de ces indications, un bandage fait avec un fil de fer double, dont une des branches devoit s'élever de bas en haut. Cet instrument, dit-il, est bien plus commode que les bandes, parce qu'en comprimant le ventre elles s'opposent à la respiration, au lieu que la partie du brayer qui porte sur l'ombilic fait l'effet d'un ressort, et suit les allées et venues de l'inspiration et de l'expiration. Suret, membre du collège de chirurgie de Paris, a imaginé un bandage bien plus propre à cette vue, et dont l'invention a paru très-ingénieuse. Il est formé d'une pelotte dans l'épaisseur de laquelle se trouvent deux ressorts de montre, enfermés chacun dans un barrillet, auxquels tiennent les courroies qui doivent faire le tour du corps, de sorte que ces courroies s'allongent, s'accourcissent et prennent une longueur relative au volume du ventre dans les différens mouvemens de la respiration. Cependant l'expérience a montré que ce bandage est beaucoup moins avantageux qu'on ne l'avoit pensé, et qu'il est fort sujet à se déranger. On n'a pas cet inconvénient à craindre quand on contient les hernies de l'ombilic avec une large plaque assujettie à une ceinture, et garnie vis-à-vis du nombril d'une pelotte qui fasse plus ou moins de saillie, et dont le volume soit proportionné à la grandeur de l'ouverture par laquelle les parties ont coutume de s'échapper.

Autre imaginé par Suret.

Une large plaque réussit mieux

Quelques-uns pensent que lorsque l'exomphale est d'un volume peu considérable, on peut la guérir radicalement au moyen d'une ligature faite à la poche qui lui sert d'enveloppe, après la réduction des parties que cette poche contient. Cette ligature se pratique en passant un lien autour de la base de la tumeur, le plus près du ventre qu'il est possible, ou en traversant cette base avec une aiguille garnie de deux cordons avec lesquels on la serre des deux côtés. Elle se détache bientôt, et laisse une cicatrice ferme et solide qui s'oppose au déplacement des parties. Les anciens conseilloient ce procédé. Saviard est le seul des modernes qui s'en soit servi. Il dit l'avoir employé deux fois avec succès. Heister se plaint qu'on n'en fasse plus usage. Desault rapporte neuf exemples de sa réussite; mais il ne s'en est servi que sur des enfans dont le plus âgé avoit deux ans. La ligature s'est détachée avant le huitième jour, et l'ulcération qui lui a succédé étoit cicatrisée le vingt-deuxième. Plusieurs de ces enfans avoient le nombril fort dilaté. Tous ont guéri de l'opération, mais on peut douter qu'ils aient été débarrassés de leur hernie qui peut être revenue quelque temps après. Quoi qu'il en soit, les observations dont on vient de parler montrent que la ligature est sans inconvénient sur les enfans du premier age. Celse la recommande

Cure radicale par ligature.

Saviard dit l'avoir employée avec succès. Heister se plaint de ce qu'on ne la mette plus en usage.

depuis sept jusqu'à quinze ans, lorsque la constitution du sujet est bonne, et lorsque la hernie est peu volumineuse. Dans toute autre circonstance il vaut mieux s'en tenir au bandage, lequel, s'il est bien fait, la contient avec assez de succès.

Différence dans la manière d'opérer.

Il est assez rare qu'on soit obligé d'en venir à l'opération. Elle se pratique comme pour la hernie inguinale, avec cette différence que si la tumeur est fort grosse, il faut inciser les tégumens en croix, et disséquer ensuite les lambeaux avec attention pour mettre le sac herniaire à découvert. Dionis dit que ce sac manque souvent. S'il n'assuroit avoir examiné plusieurs exomphales par la dissection, et n'avoir jamais pu remarquer que le péritoine les tapissât intérieurement, ainsi que cela se rencontre ailleurs, on croiroit qu'il s'est livré à une fausse spéculation. Il prétend expliquer ce fait par la disposition de l'ombilic qui n'étant, selon lui, qu'un nœud resté en cette partie après la ligature du cordon, ne peut non plus avoir la liberté de s'alonger qu'une cicatrice de quelque plaie de la peau. Mais que veut-il dire par ce nœud, par cette cicatrice du nombril ? Il n'y a de nœud et de cicatrice qu'aux vaisseaux ombilicaux qui sont hors du péritoine, et ils n'intéressent pas cette membrane. Ce que Dionis ajoute à l'occasion des hernies inguinales qui doivent avoir un sac

Dionis dit que souvent le sac herniaire manque.

Sa spéculation à cet égard paroît fausse.

herniaire, parce que les parties glissent le long du prolongement du péritoine qui accompagne les vaisseaux spermatiques, porte absolument à faux. Ce n'est pas le péritoine qui se prolonge en cet endroit ; c'est le tissu cellulaire dont il est couvert. Ainsi cette membrane n'y est pas mieux disposée qu'ailleurs pour former un sac herniaire. Lafaye embrasse l'opinion de Dionis, et il pense que le sac manque quand les parties sortent par le trou de l'ombilic, et qu'on en trouve un quand elles se déplacent à côté de cette ouverture. Cette distinction n'est-elle pas métaphysique, et l'expérience a-t-elle décidé sur tout cela ? Si on en croit Barbette, elle montre le contraire. Heister et plusieurs autres sont du même avis.

S'il paroît nécessaire de débrider le lieu de l'étranglement, il faut que l'incision soit faite en haut et du côté droit, soit pour éviter le retour de la hernie autant qu'il est possible, soit pour s'éloigner des artères et de la veine ombilicale, et pour se mettre à l'abri de l'hémorragie à laquelle leur ouverture pourroit donner lieu. Cependant si la hernie étoit une épiplomphale ou une entéro-épiplomphale, et qu'on craignît de blesser l'épiploon, il faudroit diriger l'incision du côté gauche, et ne pas la faire supérieurement. Comment il faut débrider.

On ne doit pas dissimuler que l'opération Cette opération

est dangereuse.

qu'exige l'étranglement dans les hernies du nombril est plus dangereuse que celle qui se pratique aux autres hernies. Si l'épiploon est altéré et qu'il faille en retrancher une partie, cela se fait beaucoup plus près de ses attaches que par-tout ailleurs, à quoi il faut ajouter que la plaie n'est pas dans une situation aussi favorable pour l'issue des écoulemens, lesquels ont beaucoup plus de pente à se répandre dans le ventre qu'à se porter au dehors.

De la Hernie du trou ovalaire.

La hernie du trou ovalaire prend son nom de l'ouverture par laquelle les parties se déplacent. Quoique cette ouverture soit remplie par un ligament, et bouchée par deux muscles appelés obturateurs, il reste cependant à sa partie supérieure et interne une sinuosité destinée à transmettre au dehors une artère, une veine et un nerf assez considérables. C'est dans cette sinuosité que les viscères s'engagent quelquefois pour donner naissance à la hernie dont nous parlons. Sans doute on l'a rencontrée sur des cadavres avant de l'observer sur des hommes vivans. Les faits se sont assez multipliés pour qu'on ne puisse plus douter de sa réalité. Elle se manifeste à la partie supérieure et interne de la cuisse, près des bourses chez les hommes, et près des grandes lèvres chez les femmes.

Les parties se déplacent par la sinuosité de ce trou.

Garengeot en rapporte plusieurs exemples dans un mémoire sur des hernies singulières, inséré parmi ceux de l'académie de chirurgie. Le premier est extrêmement instructif. En voici le précis. Une femme accouchée depuis quatre jours fit un faux pas en descendant un escalier, et tomba rudement sur les fesses. Elle sentit à l'instant une douleur vive au haut de la cuisse droite près de la grande lèvre, et il lui survint un vomissement considérable. Garengeot appelé le troisième jour, ayant aperçu des matières fécales parmi celles que la malade avoit rejetées par en haut, soupçonna une hernie avec étranglement, et examina les lieux où ces sortes de tumeurs ont coutume de paroître. N'en ayant pas rencontré, il interrogea la malade qui lui dit que sa chûte lui avoit occasionné un dérangement dans le ventre, et une douleur au dedans de la cuisse droite, laquelle avoit été suivie de coliques qui sembloient partir de l'aîne. Il n'en fallut pas davantage pour l'engager à faire des recherches en cette partie, où il trouva effectivement une tumeur longitudinale qui s'étendoit jusqu'au milieu de la cuisse, et qui faisoit deux travers de doigt de saillie. Cette tumeur étoit douloureuse, et lui parut contenir un corps mollet et élastique. Il reconnut que c'étoit une hernie du trou ovalaire dont il falloit faire promptement la réduction. La malade fut

Exemple rapporté par Garengeot.

couchée le bassin élevé et les cuisses fléchies, et lorsque la tumeur eut été légèrement comprimée de bas en haut, elle disparut peu-à-peu. La malade sentit dans le ventre une espèce de gargouillement qui la mit à son aise. Ses coliques et ses vomissemens cessèrent, et le ventre s'ouvrit un demi quart d'heure après. Il restoit un vide formé par l'écartement des muscles. Garengeot le remplit avec une pelotte faite de lambeaux de linge usé fort mollette, et il mit par dessus des compresses et une bande avec laquelle il fit des circonvolutions autour de la cuisse de bas en haut, et une espèce de spica, en la faisant tourner autour du corps. La malade fut mise au lit. Elle voulut absolument que son appareil fût levé le cinquième jour. Les muscles se trouvèrent rapprochés au point qu'il ne restoit plus de vide. On se contenta d'appliquer une compresse un peu épaisse soutenue de quelques tours de bande. Ce pansement étoit renouvelé tous les cinq à six jours, et pendant ce temps la malade vaquoit à ses affaires ordinaires. Elle n'a jamais senti depuis d'incommodité qui fût relative à cet accident.

Embarras où on se trouveroit s'il survenoit un étranglement opiniâtre.

On seroit sans doute fort embarrassé, si dans un cas de l'espèce de celui que je viens de rapporter, on ne pouvoit faire la réduction des parties déplacées. L'opération ne seroit pas sans danger eu égard à la profondeur du

lieu

lieu qu'occupe la hernie, et au nombre des vaisseaux sanguins considérables qui se trouvent dans son voisinage. Il ne seroit pas possible de débrider l'ouverture sans s'exposer à en blesser quelques-uns. L'unique ressource seroit de dilater avec l'instrument de Leblanc. Cependant j'ai peine à croire qu'il eût assez de longueur pour atteindre jusqu'au lieu de l'étranglement. Cette opération n'a jamais été pratiquée, si ce n'est par Arnauld, chirurgien qui jouissoit autrefois d'une grande réputation à Paris. Malaval qui nous en a conservé l'histoire dit qu'elle fut faite parce que la hernie qui étoit formée par les intestins et par l'épiploon, ne pouvoit être entièrement réduite. Arnauld commença par repousser dans le ventre les intestins qui y étoient contenus, après quoi, il fit une incision aux tégumens pour mettre le sac herniaire à découvert. Il ouvrit ensuite ce sac dans lequel il trouva une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix. Cette partie fut coupée à son passage entre les têtes des triceps. Le sac herniaire le fut aussi, et le reste fut enfoncé entre les muscles. On remplit la plaie de bourdonnets et on acheva le pansement à l'ordinaire. La guérison a été parfaite. Une pareille opération ne peut servir de modèle. Les circonstances n'en sont pas exposées avec soin. D'ailleurs comment Arnauld a-t-il pu se déterminer à l'entrepren-

Récit d'une opération qu'on dit avoir été faite par Arnauld.

Elle paroît apocriphe.

dre puisqu'il n'y avoit pas d'accidens? La tumeur ne rentroit pas en entier, ce qui pouvoit faire penser qu'elle étoit compliquée d'adhérence. Mais l'adhérence seule a-t-elle jamais été une raison d'opérer les hernies? Ajoutez à cela qu'en retranchant la portion d'épiploon sortie sans faire de ligature au reste, on s'est exposé à une hémorragie capable de faire périr le malade.

Hernie du trou ovalaire prise pour un abcès.

On ne peut trop recommander, en parlant de la hernie du trou ovalaire, d'examiner avec soin les tumeurs qui se forment à la circonférence du ventre, de peur de prendre une hernie pour un abcès. Cette faute est arrivée à un chirurgien de réputation. Garengeot raconte le fait comme il suit. Un sellier de la rue du Sépulchre à Paris, avoit une hernie du trou ovalaire. Le chirurgien en question crut que c'étoit un abcès, et fit appliquer dessus des cataplasmes maturatifs. Pendant qu'il en examinoit l'effet, et qu'il pressoit la tumeur avec les doigts, pour voir si la fluctuation qu'il croyoit y sentir ne devenoit pas plus manifeste, l'intestin qui la formoit rentra tout-à-coup. Sans cet événement imprévu, peut-être le malade eut-il été la victime de l'inattention de l'homme habile aux soins de qui il s'étoit confié.

De la Hernie ischiatique.

Cette hernie est extrêmement rare. Les parties qui la forment sortent du ventre par le grand trou ischiatique d'où elle a tiré son nom. On n'en connoit que deux exemples. Le premier est celui dont parle Verdier d'après un écrit périodique publié à Londres, il y a environ cinquante ans. Il est beaucoup mieux exposé dans une lettre adressée au baron de Haller par Christophe Henri Pape, médecinde Gottingue. Le voici. Une fille robuste agée de cinquante ans mourut d'une manière subite en travaillant à la moisson, dans un temps extrêmement chaud. Son corps fut examiné juridiquement. On n'y trouva rien à quoi sa mort pût être attribuée ; mais on fut frappé par une tumeur qui lui descendoit sous la forme d'un grand sac, depuis l'anus jusqu'au bas des jambes. Cette tumeur avoit la forme d'une bouteille. Sa longueur étoit d'une demie aune ; sa circonférence en bas avoit la même dimension, et son diamètre au même endroit étoit presque d'une demie coudée. Elle alloit en diminuant vers l'anus, d'où elle tiroit son origine du côté droit. Lorsqu'elle fut ouverte, on trouva qu'elle contenoit une grande partie des intestins grêles avec leur mésentère, et une portion du colon et de l'épiploon. Le colon répon-

Elle est rare.

Les parties se déplacent par le trou du même nom.

Exemple cité par Verdier.

doit à sa partie supérieure. Le ventre ayant été ouvert, tout y parut dans le plus grand désordre. Il n'y avoit plus d'intestins. Le mésentère étoit fort alongé, l'estomac répondoit au milieu de cette capacité où il avoit une situation perpendiculaire. La matrice étoit légèrement inclinée vers l'orifice de la hernie; l'ovaire droit y étoit engagé avec sa trompe. Il y avoit une légère phlogose aux intestins.

Les recherches que l'on a faites à ce sujet n'ont procuré aucun éclaircissement. On a pourtant appris que cette tumeur avoit commencé dix ans avant, qu'elle n'étoit alors que de la grosseur d'une fort petite pomme, et qu'elle avoit cru depuis successivement jusqu'au volume où on l'a trouvée. Toutes les fois que la malade alloit à la garde-robe, elle relevoit sa hernie avec le bras droit et la poussoit à gauche. Elle étoit obligée de se coucher de ce dernier côté pour pouvoir dormir. Pendant ses travaux elle la soutenoit avec une serviette, et elle étoit souvent tourmentée de borborigmes.

Second exemple rapporté par le même.

Verdier cite un second exemple de hernie ischiatique d'après Bertrandi. Celle-ci étoit également du côté droit, mais elle ne contenoit que quelques circonvolutions de l'intestin iléon. Sans doute que Barbette avoit vu quelque hernie de cette espèce, car il dit : *Peritoneum eâ parte quà lumbos spectat rumpi*

Barbette paroît avoir connu ce genre de hernie.

posse, sicque, hic loci, herniam produci experientia comprobat, ce qui paroît ne pouvoir s'appliquer qu'à cette maladie. Les indications qu'elle présente consistent à réduire les parties déplacées après avoir fait mettre le malade dans une situation convenable, et à les soutenir avec un bandage. Je ne puis dire comment il devroit être construit. Sa forme dépendroit de la situation et du volume de la tumeur, de l'embonpoint du malade, et de plusieurs autres circonstances. S'il survenoit étranglement et qu'on ne pût le faire cesser par les procédés connus, il faudroit laisser périr le malade plutôt que d'avancer sa dernière heure par une opération nécessairement mortelle, eu égard à la profondeur énorme du lieu où les intestins se trouvent engagés.

De la Hernie vaginale.

Cette hernie est moins rare que celle dont il vient d'être parlé. Cependant elle ne paroît pas avoir été connue des anciens. Garengeot est le premier qui en ait fait mention. Il fut consulté par une femme qui ayant fait un effort un mois après sa dernière couche, sentit un dérangement dans le ventre qui fut suivi d'une douleur vive au vagin, et d'une tumeur qui remplissoit cette partie. Le volume de cette tumeur augmenta peu-à-peu jusqu'à déborder

Garengeot est le premier qui en ait parlé.

les grandes lèvres d'un travers de doigt. La malade sentoit de temps en temps des douleurs de colique qui commençoient en cet endroit, des tiraillemens et des maux de cœur. Elle ne pouvoit uriner que quand elle étoit couchée sur le dos. Garengeot introduisit le doigt dans le vagin où il sentit l'orifice de la matrice dans sa situation naturelle, ce qui le détrompa sur l'idée dans laquelle il étoit que ce viscère étoit déplacé. Il s'aperçut en même temps que la tumeur qu'il avoit été forcé de comprimer, étoit diminuée de moitié. Cette circonstance l'encouragea à faire des tentatives de réduction qui eurent le succès qu'il en attendoit. Pour s'assurer d'avantage du caractère de cette tumeur, il fit lever et tousser la malade. Elle reparut aussitôt. Il la réduisit une seconde fois et la maintint avec un pessaire de forme ordinaire, ce qui ne réussit que le premier jour, car dès le lendemain, la malade avoit des vomissemens, des rots et des tiraillemens d'estomac qui annonçoient de la compression de la part du pessaire. Un autre pessaire fait en bondon et percé en son milieu pour permettre les écoulemens de la matrice, remédia efficacement à ce désordre, et la hernie a été si bien contenue que la malade n'en a pas été incommodée depuis.

Garengeot qui ne connoissoit que cet exemple de hernie vaginale survenue à une femme

mère de cinq enfans, a cru pouvoir l'attribuer à la distension que le vagin avoit soufferte à l'instant de leur naissance, et à l'écartement des fibres musculeuses de ce canal qui doit en avoir été la suite. L'expérience a prouvé depuis, que les femmes qui n'ont pas eu d'enfans y sont également sujettes. Celles qui sont enceintes n'en sont pas exemptes non plus, et cette maladie rend quelquefois leur accouchement laborieux.

La hernie vaginale peut être formée par les intestins, ce qui arrive le plus souvent, par l'épiploon et par les intestins et l'épiploon tout ensemble. Les signes qu'elle présente sont les mêmes que ceux que nous avons exposés en parlant des différentes espèces de hernies inguinales ; elle est causée par les efforts violens que l'on fait pour lever des fardeaux, ou pour expulser les matières fécales, et souvent aussi par la secousse que les chûtes, ou simplement les efforts que l'on fait pour s'empêcher de tomber, donnent aux parties du bas-ventre. Mais pour que la hernie se forme en cet endroit, il faut que le vagin soit naturellement relâché comme il l'est chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, ou qui ont éprouvé des accouchemens laborieux, ou bien que les autres endroits du bas-ventre où les hernies ont coutume de paroître, présentent plus de résistance qu'à l'ordinaire.

Elle doit être réduite et maintenue avec un pessaire.

Lorsque la hernie vaginale est simple, elle veut être réduite, et maintenue avec un pessaire dont la forme doit être telle qu'il remplisse la cavité du vagin. Ceux que l'on fait avec la cire son trop durs et trop pesans. Les pessaires préparés avec l'éponge, ont l'inconvénient de produire une distension trop considérable dans le vagin. D'ailleurs, il est à craindre qu'ils ne s'introduisent en partie dans le vide qui a donné naissance à la hernie, et qu'ils ne la perpétuent au lieu de la guérir; à quoi on peut ajouter que l'éponge retient les humidités du vagin, qui peuvent s'y aigrir et y faire une impression fâcheuse. On peut se promettre plus de succès de pessaires faits avec des herbes ou des especes astringentes coupées fort menu et enfermées dans un sachet de toile, ou avec un fil de fer tourné en spirale, et recouvert d'une espèce de matelas de coton.

Lorsque la hernie vaginale est volumineuse et lorsqu'elle est étranglée, il est difficile de la réduire. Cependant, il faut se hâter de le faire, sur-tout si la femme est en travail d'enfant. La malade doit être couchée sur le dos, la tête et la poitrine fort basses, les cuisses fléchies, afin que les muscles du ventre soient dans le plus grand relâchement possible, et le corps un peu incliné du côté opposé à la tumeur. Si les premières tentatives sont infructueuses, il faut les suspendre de peur de contondre les

parties déplacées. Alors on videra le *rectum* par des lavemens, et on aura recours aux fumigations et aux injections émollientes. Jusqu'à présent, il n'y a pas d'exemple qu'on ait pratiqué d'opération en cette circonstance, et elle paroît d'autant moins nécessaire qu'il n'arrive jamais d'étranglement en vertu de la constriction de l'ouverture par laquelle les parties se sont échappées, et que cet accident a toujours été produit par la compression que la matrice a exercée sur ces parties, soit que ce viscère fût distendu par la présence d'un enfant, ou qu'il fût tuméfié par la suppression des règles ou des lochies.

Il n'y a pas d'exemple qu'on ait opéré dans ce cas.

Il y a cependant des praticiens qui pensent qu'il peut se présenter des cas où l'opération soit indispensable, et qui prescrivent la manière de la pratiquer. Si la hernie étoit entérocèle, il faudroit, disent-ils, ouvrir la poche herniaire dans l'endroit le plus apparent, et avec les précautions accoutumées, pour ne pas blesser l'intestin. On le tireroit ensuite à soi, s'il étoit parfaitement sain, afin de le dégager avec plus de facilité, et on élargiroit le trajet qu'il auroit parcouru avec le dilatatoire de Leblanc, en cas que cela parût nécessaire. Peut-être même, si la quantité d'intestins étranglée étoit trop considérable pour qu'il fût possible de la repousser, ou si la situation de la tumeur du vagin ne permettoit

Manières de procéder qui ont été proposées par quelques praticiens.

pas de l'opérer, conviendroit-il, selon eux, d'avoir recours à l'opération attribuée à Pigrai, c'est-à-dire de faire une incision à la région hypogastrique du côté de la descente, pour aller saisir l'intestin dans le ventre au dessus de l'étranglement ou du pincement, et le ramener dans sa situation naturelle. Cependant ce procédé ne seroit pratiquable qu'autant qu'on seroit sûr que l'intestin seroit engagé entre la matrice et la vessie; car s'il s'étoit frayé une route entre la matrice et le rectum, il hâteroit la mort du malade.

Si la hernie vaginale étoit une épiplocèle, l'opération ne leur paroît pas moins nécessaire. Il faudroit mettre l'épiploon à découvert, débrider les fibres du vagin qui opèrent sa compression, le dégager et le repousser dans le ventre, en supposant qu'il fût sans gangrène, ou repousser ce qui en resteroit, après avoir retranché la portion qui se trouveroit infectée de pourriture. La plaie seroit pansée ensuite avec un pessaire chargé des médicamens que l'on croiroit les plus convenables à la guérison. A chaque pansement on renouvelleroit le pessaire et on varieroit les médicamens dont on auroit soin de l'imbiber. Le reste du traitement seroit le même que celui de la hernie inguinale ou crurale. Un autre veut que dans le cas d'une épiplocèle vaginale devenue squirreuse, on examine si la

tumeur a une large base dans son principe, ou si cette base est plus étroite que son corps. Quand elle est large, il n'y a rien, selon lui, à tenter ; mais quand elle est étroite, il pense que l'on pourroit employer la ligature, après toutefois s'être assuré qu'il n'y auroit pas de portion d'intestin qui eût compliqué la maladie. On ne conçoit pas comment des gens instruits peuvent former des projets d'opération aussi mal concertés. Heureusement les circonstances dans lesquelles ils croyent que ces opérations pourroient avoir lieu, ne se présenteront peut-être jamais, et par conséquent personne ne sera tenté de les mettre à exécution.

Leurs spéculations sont fausses et leurs projets mal concertés.

De la Hernie du Périné.

Si quelque portion d'intestin poussée vers le fond du petit bassin, vient à écarter les fibres d'un des muscles releveurs de l'anus, elle peut descendre jusques vers les parties latérales du periné, et y produire une hernie. La possibilité de ce fait ne peut être révoquée en doute après l'observation faite en 1740 par Chardenon, chirurgien à Dijon, dans le temps qu'il étoit élève en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il fut surpris à l'ouverture du ventre d'un homme de quarante cinq ans, mort à ce qu'il lui parut de maladie aigue, de trouver

Elle se fait par l'écartement des fibres des releveurs de l'anus.

Attribuée à Chardenon.

la situation des viscères de cette capacité fort dérangée et qu'ils étoient portés plus bas qu'à l'ordinaire. Lorsqu'il suivit la partie inférieure de l'iléon, il s'apperçut qu'elle lui résistoit. Il soupçonna quelqu'adhérence : mais ayant tiré un peu plus fort, l'intestin céda tout-à-coup, et Chardenon trouva à l'endroit où il le croyoit adhérent, un sac dont les parois restoient écartées, et qui auroit pu contenir un œuf de pigeon. L'entrée de ce sac étoit plus étroite que le fond, et présentoit un bourrelet dur et calleux de l'épaisseur du petit doigt. Il fut rempli de filasse, ce qui lui fit faire bosse au périné. Cette circonstance jointe au retrécissement de l'intestin à l'endroit où il avoit été comprimé, et à sa dilatation à sa partie supérieure, pendant que l'inférieure étoit resserrée, persuadèrent à Chardenon que cette maladie n'étoit pas nouvelle. Il n'a pu savoir à quelles incommodités celui qui la portoit a été sujet : mais il ne pense pas qu'elle ait pu contribuer à le faire périr.

Observation de Smellie.

J'ai trouvé dans Smellie deux autres observations de hernies intestinales au périné, survenues à des femmes enceintes. Dans la première il y eut de l'inflammation et de l'étranglement vers la fin de la grossesse, de sorte que la tumeur ne pouvoit plus être réduite comme avant. Ces accidens cédèrent aux fomentations discussives et aux cataplas-

mes émolliens. Dans la seconde, ils furent plus graves : la tumeur devint livide et bordée d'un cercle d'un rouge éclatant ; elle s'ouvrit d'elle-même pendant que la malade changeoit de situation. Il en sortit d'abord environ une cuillerée de pus mêlée de sang ; et bientôt après il s'en échappa une chopine d'une liqueur de peu de consistance et de couleur grisâtre. Au moment même de l'ouverture, la malade s'écria que l'intestin étoit remonté, et qu'elle étoit entièrement délivrée de la douleur excessive qu'elle ressentoit avant. Smellie fut alarmé de cet événement, parce que la liqueur grise qui continuoit de couler en petite quantité paroissoit venir de l'iléon qui devoit être attaqué de pourriture. Il fit donner des lavemens pour vider les gros intestins, appliquer un plumaceau sur l'ouverture, et recommanda que la malade n'usât que d'une fort petite quantité d'alimens. Elle se rétablit contre toute attente et accoucha au terme ordinaire. La tumeur reparut quelque temps après.

Hoin chirurgien de Dijon, qui a fait usage de ces deux observations, regarde les tumeurs qui en font le sujet comme des hernies vaginales. La seule raison qu'il en donne, c'est qu'on les réduisoit aisément avec les doigts introduits dans le vagin. Ne seroit-il pas possible que des hernies du périné rentrassent

par ce procédé? L'intestin qui les forme doit glisser sur l'un des côtés du vagin. Or les doigts portés dans ce canal appuyent nécessairement dessus, et facilitent le mouvement en vertu duquel il rentre dans le ventre. Si les tumeurs dont il s'agit eussent été des hernies vaginales, Smellie auroit-il dit que l'une était située au côté gauche de l'anus, et que l'autre occupoit le même côté de l'anus et du périné? La hernie vaginale et celle du périné sont assez distinctes pour que cet auteur célèbre ne s'y fût pas mépris, et pour qu'il eût exprimé de la manière la plus positive que celles qui étoient survenues à ses malades ne se présentoient que dans le vagin, si elles eusent été des hernies vaginales.

Il faut réduire. On peut réduire les hernies du périné comme toutes les autres, en faisant mettre le malade dans une situation telle que le bassin soit plus élevé que le reste du corps, et en les repoussant doucement de bas en haut. Les doigts introduits dans l'anus ou dans le vagin doivent, ce me semble, rendre cette opération plus facile. La contenir. La hernie sera contenue avec un bandage semblable à celui que l'on employe pour la hernie de vessie au périné. Il en sera parlé plus bas. La seconde observation de Smellie, prouve qu'il est possible qu'il y survienne étranglement. Mais y a-t-il des cas où cet accident ne puisse être combattu

avec succès par les procédés et par les moyens exposés à l'occasion de la hernie inguinale entérocèle? Si l'opération devenoit nécessaire, on pourroit y trouver de grandes difficultés relativement à la profondeur de l'ouverture qui donne passage aux viscères. Cette opération consisteroit à ouvrir la tumeur par une incision convenable; à dilater l'ouverture par laquelle l'intestin seroit sorti, avec le dilatatoire de Leblanc s'il pouvoit y atteindre; à faire la réduction; enfin à panser le malade comme après l'opération de la taille. Il ne faudroit pas lui permettre de sortir de son lit avant que la plaie fût parfaitement consolidée; et sans avoir pris la précaution de lui appliquer un bandage capable de s'opposer à l'effort que les intestins feroient pour s'échapper.

Comment on pourroit opérer s'il y avoit nécessité.

De la Hernie ventrale.

Il est assez extraordinaire que cette maladie, dont Hippocrate a fait une mention très-expresse au second livre de ses épidémies, et à laquelle Celse a consacré un chapitre entier qui a pour titre *de interiore abdominis membranâ ruptâ*, n'ait commencé à être connue des médecins que depuis Dionis. Elle est souvent la suite des plaies pénétrantes dans le ventre, parceque le péritoine et les muscles ne se réunissent jamais avec exactitude, et par-

Elle n'a été connue que depuis Dionis.

cequ'il reste aux endroits où ces parties ont été blessées une foiblesse qui permet aux viscères de s'échapper.

La hernie ventrale peut être occasionnée par des efforts violens qui donnent lieu à l'écartement des fibres charnues et aponévrotiques des muscles du ventre. On observe aussi qu'elle survient souvent à ceux qui ont beaucoup d'embonpoint, à ceux qui ont été attaqués d'hydropisie ascite, aux femmes enceintes et à celles qui ont eu des enfans, sans doute par la même raison qui rend ces sortes de personnes sujettes à la hernie ombilicale.

Lorsque cette tumeur est peu élevée on peut la méconnoître, et attribuer les incommodités qu'elle produit à toute autre cause.

Le volume de la hernie ventrale varie beaucoup. Il y en a de petites, de médiocres et de grosses. Les premières méritent une grande attention. Elles sont souvent méconnues eu égard à leur peu de volume, et les accidens habituels qu'elles causent sont attribués, mal-à-propos, à des dérangemens intérieurs qui n'existent pas. J'ai plusieurs fois vu des malades attaqués depuis longtemps de nausées, d'envies de vomir, de coliques et de constipation auxquelles on administroit des médicamens de toute espèce sans aucun succès, et qui ont été guéries, comme par enchantement, par l'application d'un bandage qui retenoit une hernie ventrale à peine sensible. Il n'est pas nécessaire pour que ces symptômes ayent lieu que les intestins soient totalement étranglés.
Il

Il suffit qu'ils soient légèrement pincés dans la plus petite partie de leur diamètre.

Les hernies ventrales d'un volume médiocre ne présentent rien de particulier. Celles qui sont extrêmement volumineuses le deviennent quelquefois au point de renfermer la plus grande partie des viscères du ventre. On leur donne alors le nom d'éventrations. J. L. Petit en a observé une qui étoit située entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, et qui avoit acquis la grosseur de la tête d'un enfant. La tumeur rentroit quand la malade étoit couchée, et lorsqu'on la comprimoit d'une manière convenable. Un jour il ne fut plus possible de la réduire. Le lieu qu'elle occupoit et le peu d'incommodité qu'elle causoit, avoient empêché d'en connoître la nature : on l'avoit prise pour une tumeur laiteuse. Les nausées, les défaillances, et les vomissemens de matières fécales qui survinrent, ne permirent plus de douter que ce ne fût une hernie. On ne sait ce que cette maladie est devenue. Petit promet d'en parler ailleurs, et il ne le fait pas.

Les éventrations produites par l'écartement des muscles droits, peuvent être mises au nombre des hernies ventrales.

On peut rapporter à la hernie ventrale les tumeurs qui se forment à la partie antérieure du ventre, par le déplacement de quelque partie des viscères que cette capacité contient, déplacement causé par l'écartement des muscles droits et par l'amincissement de la ligne

blanche. Il n'y a pas longtemps que j'ai été consulté avec plusieurs de mes confrères pour une hernie de cette espèce qui étoit au dessus du nombril. Lorsqu'on posoit le doigt sur l'écartement des muscles, et que le malade faisoit effort pour lever la tête de dessus l'oreiller, ce doigt se trouvoit serré et embrassé sur les côtés. Il y avoit des vomissemens fréquens et douloureux qu'on ne pouvoit attribuer à aucune autre cause, puisque le jeune malade se portoit bien d'ailleurs. Nous conseillâmes un corset qui se laçât par devant pour rapprocher les muscles, et qui portât antérieurement une pelotte platte et large pour soutenir la ligne blanche. Une autre fois, j'ai vu l'écartement des muscles droits au dessous du nombril, donner lieu à une tumeur herniaire de forme alongée, dont la grosseur égaloit celle d'un pain de demi-livre. Le malade avoit sept à huit ans comme le premier. Mes conseils avoient été à peu près les mêmes.

Il faut réduire et contenir.

Il faut réduire et contenir les hernies ventrales, quelle qu'en soit l'espèce. Leur réduction exige, comme celle de toutes les autres, que le malade soit mis dans une situation favorable, et cette position varie suivant le lieu que la hernie occupe. Si elle est à droite, il faut que le malade soit un peu incliné sur le côté gauche. Si elle répond a la région supérieure du ventre, la poitrine doit

être plus élevée que le bassin, *et vice versâ.* Les bandages propres à la contenir sont les mêmes que ceux qui ont été indiqués à l'article de la hernie ombilicale, à moins qu'elles ne soient fort grosses et du genre des éventrations ; car alors il suffit de la soutenir au moyen d'un suspensoir, dont la forme et la capacité doivent répondre à celle de la hernie que l'on a à traiter.

S'il est nécessaire d'opérer on procéde comme dans la hernie ombilicale.

L'étranglement a rarement lieu ici ; cependant cela n'est pas sans exemple. Il doit être combattu par les moyens connus. S'il résiste on ne peut se dispenser d'en venir à l'opération qui sera faite comme celle de la hernie ombilicale, avec cette différence qu'il est essentiel, pour ménager les parties intérieures, de se rappeler que les hernies ventrales qui succèdent aux plaies du ventre n'ont pas de sac herniaire, au lieu que les autres en ont un.

De la Hernie de la matrice.

Cette hernie est peut-être moins rare qu'on ne pense. Il est possible que la matrice soit entraînée hors du ventre avec l'épiploon et les intestins dans les hernies volumineuses, quelle qu'en soit l'espèce ; mais cette complication n'est connue que lorsqu'elle est jointe à un état de grossesse qui donne lieu à l'augmentation du volume de ce viscère. On a plusieurs

exemples de hernies de matrice dans ce cas. Le plus ancien que l'on connoisse est rapporté par Sennert, d'après le journal de Silésie de Nicolas Polius. Une pauvre femme de Nisse, étant devenue enceinte pour la neuvième fois, remarqua qu'elle avoit auprès de l'aîne gauche une tumeur dont la grosseur lui donna de l'inquiétude. Cette tumeur ayant beaucoup augmenté dans la suite, elle devint si monstrueuse qu'elle lui tomboit sur les genoux. On reconnut qu'elle étoit formée par la matrice pleine d'un enfant. Comme le terme de la grossesse approchoit, le sénat de Nisse, instruit de la pauvreté de cette femme, fit faire une assemblée de médecins, de chirurgiens et de matrônes, pour savoir ce qu'il y avoit à faire pour son soulagement. Ils décidèrent que lorsque la femme seroit en travail, on ne pourroit se dispenser de pratiquer une incision sur la tumeur, pour en tirer ce qui y étoit contenu. Cette opération fut pratiquée le 9 décembre 1531. L'enfant, quoique robuste, mourut quelques mois après. La mère ne survécut que trois jours, et souffrit pendant ce temps des douleurs inouies.

Exemple tiré de Sennert.

On a fait l'opération césarienne; la femme n'a survécu que trois jours.

Sennert a donné ses soins à une femme qui étoit dans un cas tout semblable. Elle s'étoit blessée en aidant à son mari, qui étoit tonnelier, à courber une perche qui devoit servir à faire des cerceaux. Il lui survint à l'aîne gau-

Second exemple du même.

che une hernie dont le volume augmentoit de jour en jour, et dans laquelle on sentoit les mouvemens d'un enfant. La malade étoit obligée de la soutenir avec un suspensoir qui avoit son point d'appui sur ses épaules. On lui fit l'opération, et le succès en parut d'abord assez heureux. Néanmoins elle mourut vingt jours après. L'enfant vécut neuf ans.

Même succès.

On concluroit mal-à-propos, d'après ces deux observations, qu'il n'y a d'autre ressource dans la hernie de matrice compliquée de grossesse, que de faire l'opération césarienne. Peut-être seroit-il possible de la réduire dans les commencemens, en faisant une pression modérée, et en mettant la malade dans une situation propre à favoriser l'effet de cette compression. D'ailleurs il s'est rencontré des cas où les malades ne sont pas accouchées moins heureusement avec cette maladie, que si elles n'avoient eu aucun dérangement dans les parties du ventre. On lit dans Rousset qu'une femme ayant fait un effort considérable pour lever de terre un fardeau fort lourd, il lui survint une hernie d'un volume énorme, et qui s'étendoit depuis le milieu jusqu'au bas du ventre. Les incommodités qui en résultèrent engagèrent cette femme à se faire opérer, ce qui réussit fort bien. Après avoir vécu quelque temps sans rien sentir, elle devint enceinte. Elle ne put se résoudre

Troisième exemple de Rousset.

à se soumettre une seconde fois à l'opération qui avoit été très-douloureuse, et elle se contenta de soutenir sa hernie, qui reparut plus grosse qu'avant, avec un bandage qui prenoit son point d'appui sur ses épaules. On sentoit manifestement les mouvemens de son enfant à travers les tégumens qui couvroient la tumeur. Malgré cela elle accoucha sans peine, et quelque temps après elle eut un autre enfant qui vint au monde avec la même facilité, quoique l'action des muscles du ventre ne pût dans ce cas favoriser les efforts de l'enfant, ni ceux de la matrice. Elle devint veuve plusieurs années après, et elle a pris soin de sa famille avec une activité qu'il n'étoit pas naturel d'attendre d'une femme aussi incommodée.

La femme est heureusement accouchée à l'ordinaire.

Ruisch nous a conservé une observation plus extraordinaire encore. La malade qui en fait le sujet, avoit eu un abcès à la partie inférieure du ventre auprès de l'aîne, lequel avoit donné lieu à une hernie de la matrice. La tumeur descendoit jusque sur les genoux dans les derniers mois de la grossesse. Néanmoins la sage-femme en fit la réduction au moment de l'accouchement qui se termina par les voies ordinaires.

Quatrième exemple de Ruisch

La femme est accouchée à l'ordinaire.

De la Hernie de l'estomac.

Le plus ancien exemple de hernie de l'estomac est celui qui nous a été transmis par Fabrice de Hilden. La malade qui en étoit attaquée la portoit depuis dix-sept ans. Elle avoit paru à la suite des efforts violens qu'un vomitif lui avoit fait faire. Les incommodités que cette hernie produisit étoient fort grandes, et la malade ne pouvoit se courber en devant sans que l'estomac se déplaçât, et qu'il formât une tumeur plus considérable qu'à l'ordinaire. Cette observation a été publiée par Camérarius. Blégni ensuite a cru reconnoître une hernie de l'espèce dont il s'agit dans une tumeur située à la partie supérieure de la région hypogastrique du côté gauche, laquelle avoit été prise pour un abcès, pour le commencement d'une hydropisie, pour une obstruction et un engorgement de la ratte, et enfin pour une tumeur de la matrice et de la vessie urinaire. Les circonstances qui portèrent Blégni à penser que cette tumeur pouvoit être formée par le déplacement de l'estomac, furent qu'elle ne présentoit aucune fluctuation, qu'elle étoit survenue à la suite de violens éternûmens occasionnés par une poudre sternutatoire préparée avec l'ellébore, que cette tumeur paroissoit avoir beaucoup de conne-

Le plus ancien exemple qu'on en ait est de Fabrice de Hilden.

Blégni en a vu une qui a été prise pour un abcès et confondue avec diverses autres maladies.

xion avec l'œsophage, en ce que les alimens descendoient avec peine jusqu'à la partie inférieure de ce canal où ils séjournoient long-temps, et enfin en ce que la malade n'étoit soulagée que quand elle étoit couchée sur le dos. Blégni contint cette tumeur avec une large ceinture. Il observe qu'une pareille maladie est absolument incurable ; mais il croit qu'il seroit possible d'y remédier dans les commencemens. Réneaume après Blégni n'a parlé de la hernie de l'estomac que pour répandre du blâme sur un chirurgien qui avoit pris cette maladie pour un abcès, et qui avoit voulu l'ouvrir. Il auroit été beaucoup plus utile d'exposer les signes qu'elle présentoit et les moyens par lesquels on auroit pu y remédier. Garengeot a fait entrer l'histoire de cette hernie dans le mémoire déja cité, et en a donné deux observations très-intéressantes. L'une, d'un jeune homme qui ayant jeté subitement ses épaules en arrière dans la chaleur de l'exercice de la danse, éprouva une douleur vive à l'estomac, suivie de nausées, de vomissemens, de malaise, de constipation, d'insomnie, de fièvre lente, et de tumeur flatueuse et du volume du poing à la région épigastrique, près du cartilage xyphoïde ; l'autre, d'une femme à qui il survint au même endroit une tumeur de la grosseur et de la forme d'une olive, laquelle offroit au doigt une mollesse élastique telle

Réneaume en a parlé ensuite.

Garengeot en a donné deux observations intéressantes.

qu'auroit pu être celle d'une poche pleine d'air. Cette poche venoit de paroître subitement à l'occasion d'un effort que la malade avoit fait pour lever un enfant, et elle lui causoit une douleur et une suffocation si grandes qu'elle avoit peine à parler. La première de ces deux hernies fut méconnue pendant deux ans, après lesquels le jeune homme qui la portoit et qui étoit chirurgien, ayant entendu Garengeot parler de la hernie de l'estomac dans une de ses leçons publiques, s'aperçut enfin que sa maladie en étoit une, et fit un bandage avec lequel il la contint, et qui suffit pour mettre fin à toutes les incommodités qu'il éprouvoit. La seconde fut réduite sur le champ. Depuis Garengeot, la hernie de l'estomac a excité l'attention des praticiens, et les observations que l'on a faites à ce sujet se sont multipliées à un tel point qu'il y a peu de maladie aussi bien connue.

Elle peut être méconnue.

Néanmoins il y a des cas où le diagnostic en est extrêmement difficile. Ce sont ceux où l'on ignore la cause qui peut y avoir donné lieu, et où elle ne présente aucune tumeur sensible. Il y avoit déjà long-temps que je donnois mes soins à une personne qui digéroit mal depuis sept ans, et qui étoit sujette à des vomissemens qu'on n'attribuoit qu'à une mauvaise disposition de l'estomac. Au mois de novembre 1764 elle fut attaquée de vo-

missement qui dura douze jours, et qui la jetta dans une foiblesse excessive. Elle eut en même temps des hoquets et de la constipation, et le ventre qui avoit été mou et insensible devint tendu et douloureux à la fin de l'accès, par les secousses violentes qu'il avoit souffertes. Ces symptômes me firent soupçonner un déplacement des parties molles du ventre; mais les recherches les plus exactes ne me firent rien découvrir à cet égard. La malade se rétablissoit peu à peu, lorsqu'au mois de janvier suivant les mêmes accidens se renouvelèrent avec bien plus de force que la première fois. Il survint des convulsions de toutes les parties du corps, et la malade fut bientôt à l'extrémité. Je désespérois de la tirer d'affaire. Cependant elle revint à un état plus tranquille. Un nouvel examen me fit appercevoir que les muscles droits étoient un peu plus écartés à leur partie supérieure qu'ils n'ont coutume de l'être. Je pensai que leur éloignement pourroit être la cause de cette maladie, en permettant à la partie antérieure de l'estomac de s'engager dans l'intervalle qu'ils laissoient entre eux. Je fis mettre d'abord une pelotte de coton un peu alongée, qui procura un soulagement marqué. On a fait ensuite un bandage approprié, et depuis ce temps les forces de la malade sont revenues et les digestions se sont faites assez bien.

La hernie de l'estomac veut être réduite et contenue comme les autres. La réduction doit quelquefois être préparée par des applications émollientes et relâchantes continuées assez long-temps. Le bandage destiné à la contenir doit être composé d'une ceinture et d'une pelotte dont la forme réponde à celle des parties voisines. Lorsque les sujets ont peu d'embonpoint, on fait cette pelotte plus bombée: on la fait plus petite pour les personnes grasses. Il faut que la pression qu'elle exerce porte sur toute l'étendue de l'ouverture qui permet aux parties de se déplacer, sans être trop foible ni trop forte. Gunz, professeur d'anatomie et de chirurgie en l'université de Leipsick, qui a donné en 1744 un Traité sur les hernies dans lequel il fait mention de celle de l'estomac, convient que le bandage en est le principal moyen curatif. Mais il porte ses vues plus loin, et il conseille de faire observer un régime exact au malade, et de lui faire prendre des boissons froides et légèrement aromatisées, en petite quantité à la fois, afin de donner du ton aux fibres de l'estomac. Cette conduite ne peut être qu'utile, si ce viscère est relâché et qu'il ait perdu une partie de son ressort. Mais, comme le remarque fort bien Pipelet, ce n'est pas cette atonie qui est la cause formelle de la hernie dont il s'agit. Quand les parties contenantes n'ont souffert

Il faut réduire et contenir.

A quoi Gunz ajoute qu'il faut augmenter le ressort des fibres de l'estomac.

aucun écartement par relaxation ou par rupture, l'estomac ne peut former hernie. C'est leur moindre résistance qui lui permet de se déplacer, et ce déplacement n'est qu'une maladie accidentelle ; de sorte que lorsqu'on s'y oppose par une pression méthodique, on a rempli toutes les vues de l'art, ce qui n'exclud pas les remèdes que le défaut d'action peut exiger.

Que feroit-on s'il survenoit étranglement à la hernie de l'estomac ?

On n'a pas encore observé que la hernie de l'estomac fût susceptible d'un étranglement complet. Si cet accident arrivoit et qu'il ne pût être efficacement combattu par les moyens connus, rien n'empêcheroit qu'on n'ouvrît la tumeur afin de dilater ou d'aggrandir l'issue herniaire, et de faire la réduction. Cette opération ne seroit sans doute pas sans danger, mais le fait suivant prouve qu'on pourroit raisonnablement en espérer du succès. Un homme agé de 45 ans reçut un coup de couteau au dessous du cartilage xiphoïde entre les muscles droits. La plaie pénétra dans le ventre, et donna issue à une portion de l'estomac qui formoit une tumeur de la grosseur du poing. Le malade garda cette tumeur pendant deux jours sans qu'on y fît rien. Il y avoit un peu d'engorgement autour de la plaie. La portion d'estomac qui étoit déplacée avoit déja une couleur livide et noire, et avoit contracté des adhérences avec les parties voi-

Observation de laquelle il résulte que l'on pourroit opérer avec succès.

sines. Il fallut pour la réduire, débrider la plaie du côté inférieur et détruire les adhérences. Le malade fut pansé avec un bourdonnet, auquel on substitua deux jours après un plumaceau couvert de baume d'arcæus. On rapprocha les lèvres de la plaie avec une compresse soutenue d'un bandage de corps, et le malade guérit en peu de temps et sans accidens.

Hernie de l'estomac dans la poitrine à travers le diaphragme.

Il n'est point rare de trouver une portion de l'estomac dans la poitrine où il s'est introduit par un écartement des fibres du diaphragme. J. L. Petit en rapporte deux exemples. Il y avoit long-temps que cette disposition avoit lieu dans le premier cas, puisque le malade étoit incommodé depuis quarante ans. Il avoit des coliques d'estomac et des vomissemens considérables. Aussitôt que ces symptômes étoient dissipés, il survenoit des nausées accompagnées de vives douleurs. Il se trouva à l'ouverture du corps qu'une grande partie du colon, de l'épiploon, et de la partie gauche de l'estomac étoient engagés dans une ouverture du diaphragme. Cette ouverture, située vers le centre aponévrotique de ce muscle, étoit faite par l'écartement de ses fibres. Elle étoit oblongue, large d'un pouce dans son petit diamètre et de deux dans son grand. Il n'y avoit ni sac herniaire, ni adhérence. Le malade n'éprouvoit jamais de coliques quand

Exemples tirés de Petit.

il avoit mangé, sans doute parce que l'estomac rempli boüchoit l'ouverture à travers laquelle il ne pouvoit plus passer. Dans le second cas, le déplacement étoit plus considérable. Il y avoit eu des étouffemens qui cessoient quand le malade avoit mangé, et que l'on attribuoit à un asthme. Le malade périt d'une inflammation d'entrailles. Les parties se trouvèrent adhérentes entre elles et au sac qui les contenoit. Ce sac étoit formé par le péritoine, le diaphragme et la plèvre qui étoient amincis et non percés.

Peut-être les hernies que l'on croit être formées par l'estomac, ne sont-elles que des pincemens du colon.

Il es utile de faire observer ici que peut-être le plus grand nombre des hernies que l'on a cru être formées par l'estomac l'ont été par le colon. Cet intestin traverse en effet la partie inférieure de la région épigastrique; et il est fort possible qu'il s'engage en plus ou moins grande quantité dans une ouverture faite par l'écartement des fibres de la ligne blanche. Or la tumeur qui en résulteroit auroit le même aspect que celle que forme l'estomac, et produirait les mêmes incommodités.

De la Hernie de vessie.

La vessie peut se déplacer par différens endroits, et donner lieu à des hernies qui, quoique semblables à quelques égards, diffèrent cependant beaucoup les unes des autres. Elle

sort pour le plus souvent par l'anneau des muscles du ventre, et forme une tumeur qui tantôt ne passe pas le pli de l'aîne, tantôt descend le long du cordon des vaisseaux spermatiques, jusqu'au bas du scrotum. Quelquefois ce viscère s'échappe au dessous du ligament de Fallope, et vient se montrer à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, au même lieu que les hernies crurales. En d'autres cas, la vessie force le ressort des muscles releveurs de l'anus, et produit une hernie qui fait bosse au périné. Enfin on l'a vue passer à travers la paroi de la partie antérieure du vagin, ou forcer le ressort des membranes qui forment ce conduit, et faire saillie dans sa cavité jusques dans l'intervalle et même hors des grandes lèvres. Dans tous ces cas la tumeur est sans changement de couleur à la peau ; elle ne cause presque pas de douleurs ; on la trouve plus grosse ou plus petite sélon le temps qui s'est écoulé depuis que le malade a uriné; on y remarque une fluctuation sourde, et quelquefois manifeste lorsque la portion de vessie sortie hors du ventre est pleine d'urine, et elle ne peut être maniée sans que le malade éprouve le besoin d'uriner. Il y a des sujets qui, pour rendre leurs urines, sont obligés de comprimer leur tumeur, à quoi il faut ajouter qu'ils éprouvent toujours une dysurie plus ou moins forte. Signes.

La hernie de vessie qui se fait à travers Celle qui se

fait à travers l'anneau est le plus anciennement connue.

l'anneau des muscles du ventre, est celle qui est le plus anciennement connue. La première description s'en trouve dans la quatrième centurie des histoires anatomiques de Thomas Bartholin. Il dit que Jean Dominique Sala, son maître et son ami, qui vivoit en 1520, ayant ouvert le corps d'un homme que l'on croyoit avoir été attaqué de la pierre dans la vessie sans qu'il eût été possible de la reconnoître avec la sonde, il trouva un corps étranger dans une portion de vessie qui avoit passé dans un des côtés du scrotum, pendant que l'autre côté de cette poche renfermoit la plus grande partie des intestins grêles.

La première description s'en trouve dans Bartholin, d'après J. Dominique Sala.

Cette espèce de hernie de vessie ne diffère pas seulement en ce qu'elle s'étend plus ou moins loin de l'anneau; elle varie encore par son volume, et par sa simplicité et sa composition avec d'autres hernies, c'est-à-dire, avec celle de l'intestin, de l'épiploon, de l'intestin et de l'épiploon ensemble, et par ses complications. Méry qui eut occasion de l'observer en 1713 sur un particulier dont la hernie, prise pour une entérocèle inguinale, ne pouvoit être contenue par un bandage, pensa qu'elle devoit être un vice de conformation. Il voyoit si peu de proportion entre la vessie pleine d'urine, et l'ouverture par laquelle ce viscère s'échappe, qu'il ne pouvoit concevoir que des causes accidentelles pussent jamais

Méry la regardoit comme un vice de conformation.

Fondé sur quoi.

le

la forcer à y passer, d'autant plus qu'elle est retenue dans le lieu qu'elle occupe, par des adhérences extrêmement compliquées.

Manière dont cette hernie se forme.

Ce n'est pas non plus dans le temps de sa plénitude que la vessie se déplace; elle ne fait qu'acquérir les dispositions nécessaires pour former hernie. En effet, si les urines s'y amassent en grande quantité à la fois et qu'elles en écartent beaucoup les parois, les membranes de ce viscère devenues molles et flasques après l'évacuation de ce fluide, peuvent céder aux efforts qui les poussent vers les endroits de la circonférence du ventre où la résistance est moindre. Une fois engagées dans l'anneau, elles continueront à s'y enfoncer par suite des mêmes efforts, et la maladie fera bientôt des progrès. Lorsque cette tumeur prend un volume un peu considérable, elle entraîne souvent les intestins et l'épiploon hors du ventre, et quelquefois tous les deux en même-temps, parce que le péritoine dont la vessie est couverte en entier les suit, et fait un sac dans lequel ces parties s'introduisent. Quelquefois aussi ce sont les intestins et l'épiploon qui se déplacent les premiers, et qui poussant le péritoine au dehors, entraînent la vessie qui lui est adhérente. La hernie cesse alors d'être simple, et elle prend le nom de composée. La présence de quelque pierre et l'étranglement peuvent la compliquer. Les

pierres se reconnoissent au toucher. L'étranglement est indiqué par la chaleur, la rougeur, la douleur et la fièvre, et souvent par les hoquets suivis de vomissemens, ou plutôt par les vomissemens suivis de hoquets, suivant la remarque de J. L. Petit. Cet accident ne doit avoir lieu que fort rarement, à moins que la hernie ne soit composée, et alors les symptômes qui surviennent dépendent plus de la compression à laquelle les intestins et l'épiploon sont exposés, que de celle de la vessie même. Cependant il pourroit arriver, si la vessie étoit fort étroite à l'endroit de l'anneau, comme cela s'est vu quelquefois, et si des matières muqueuses et terreuses bouchoient le détroit par lequel le prolongement de ce viscère, qui se porte au-dehors, communique avec son corps demeuré dans la cavité du ventre.

Moyens curatifs.

Contenir avec un bandage ou avec un suspensoir.

Les moyens curatifs de la hernie dont il s'agit, se bornent à la contenir avec un bandage dont la pelotte soit médiocrement concave, si elle ne fait que commencer, et qu'elle ne passe pas le pli de l'aîne. On aura un suspensoir fait avec une toile forte et incapable de prêter si elle est ancienne, et qu'elle descende le long du cordon spermatique. Il faut aussi recommander au malade de retenir ses urines le moins de temps qu'il lui est possible, et de se coucher habituellement du côté op-

posé à la tumeur. Si on s'apperçoit que ces précautions la fassent diminuer, ce qui est quelquefois arrivé, on se servira d'un suspensoir dont la capacité soit moindre; et peut-être parviendra-t-on à la faire entièrement disparoître, ou à rendre les incommodités qu'elle produit beaucoup plus supportables. Lorsqu'il se présente des pierres dans ces sortes de tumeurs, il est plus prudent de les tirer par une incision pratiquée dans l'aîne, que de les repousser dans le ventre, où elles ne peuvent manquer de grossir, et d'où on ne peut plus les extraire que par une opération dangereuse. Enfin, lorsqu'il survient étranglement, il faut vider la poche qui forme la hernie avec un coup de trois quarts. Morand l'a fait, dit-on, avec succès. Quelques-uns conseillent, dans ce cas, de mettre la portion de vessie sortie à découvert, et de la repousser dans le ventre, après avoir débridé ou dilaté l'anneau. Mais se peut-il que l'étranglement résiste à la ponction, et en supposant que cela arrive, peut-on espérer de faire rentrer la vessie après avoir dilaté et débridé l'anneau qui lui a donné passage? Il me semble que ses adhérences avec le tissu cellulaire qui l'entoure de toutes parts, doivent s'opposer à cette réduction.

Oter les pierres s'il s'en présente.

Vider l'urine avec un trois-quarts, dans le cas d'étranglement.

Lorsqu'on fait l'opération d'une hernie inguinale entérocèle ou entéro-épiplocèle, dont

Précaution à prendre relativement à la hernie

de vessie, dans le cas d'opérations de hernies inguinales anciennes.

le volume est considérable, on ne peut, pour le plus souvent, se dispenser de retrancher une partie du sac herniaire et de la peau du scrotum qui ont été fort allongés, et qui se repliant sur eux-mêmes, retarderoient la formation de la cicatrice et la rendroient difforme. La fréquence de la complication de ces hernies avec celles de la vessie doit rendre circonspect sur cette partie de l'opération, et engager à bien examiner les membranes qu'on se propose d'extirper, de peur d'entamer le prolongement de la vessie qui peut se trouver confondu avec elles, et d'y causer une plaie avec perte de substance, dont la guérison ne seroit pas impossible, mais qui rendroit le traitement plus laborieux et plus long. Si cet accident arrivoit, il faudroit introduire une sonde dans la vessie par les voies ordinaires, pour évacuer les urines à mesure qu'elles s'y présentent, et pour les empêcher de se porter vers la plaie.

Il n'y a qu'un seul exemple de hernie de vessie au-dessous de l'arcade crurale.

De toutes les observations qui ont été recueillies sur la hernie de vessie, je n'en connois qu'une seule où on puisse présumer que cette maladie se soit présentée à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, à l'endroit où se forment les hernies crurales. Elle est de Levret. Le volume de la tumeur étoit différent, selon que le malade avoit été plus ou moins long-temps sans uriner. Cette circons-

tance donna lieu de penser qu'elle étoit faite par une portion de la vessie qui s'étoit glissée sous l'arcade tendineuse des muscles du ventre, et on fut confirmé dans cette opinion par l'obliquité que l'on reconnut à l'urèthre en sondant le malade. Il se trouvoit un peu à droite, y étant entraîné par la vessie. Cette espèce de hernie n'exige pas d'autres soins que celle qui est crurale, et qui ne déborde pas le pli de la cuisse.

Exemple de deux hernies de vessie au périné, rapportés par Verdier. L'un de Méry,

On n'a connu pendant long-temps d'autres exemples de hernie de vessie au périné, que les deux que Verdier a recueilli dans son Mémoire. Le premier est de Méry. Cet habile praticien fut consulté par une pauvre femme enceinte de cinq à six mois, qui n'urinoit qu'avec peine, et qui avoit au périné une tumeur du volume d'un œuf de poule, de la nature de celles qui sont faites par le déplacement de la vessie. Méry ne douta pas que ce ne fût une hernie de ce viscère. Il ne dit pas s'il donna quelques conseils à la malade. Le second exemple a été communiqué à l'académie de chirurgie par Curade, père, chirurgien à Avignon. Une femme, âgée de vingt-trois ans, et enceinte de six mois, portoit au côté du périné une tumeur dont le le volume augmentoit quand elle étoit debout et quand elle avoit été quelque temps sans uriner, et qui diminuoit dans les circonstances

L'autre de Curade, d'Avignon.

contraires. Curade contint cette tumeur avec des compresses et un bandage convenable. Elle disparut après l'accouchement, et se montra de nouveau a la fin d'une seconde grossesse, mais avec un volume plus considérable que la première fois, puisqu'elle occupoit tout le périné.

Comment se forment ces hernies. Elles dépendent, chez les femmes, de la forme de la vessie.

Quand on fait attention à la situation de la vessie, on conçoit avec peine la possibilité d'une pareille hernie. Mais les deux femmes dont on vient de parler étoient enceintes, et sans doute que le poids de la matrice avoit forcé la vessie à descendre dans le petit bassin, et à se prolonger de haut en bas, sur l'un des côtés du vagin, jusqu'au périné; d'autant plus que la figure de ce viscère n'est pas la même que chez les hommes, ou même que chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, et qu'elle représente une espèce de barillet arrondi par ses deux extrémités, et placé en travers. La même cause et la même disposition ne se montrent pas chez les hommes, ce qui rend chez eux cette espèce de hernie plus difficile et plus rare; aussi n'a-t-elle été observée qu'une fois. On peut voir le détail de ce fait intéressant dans un mémoire de Pipelet, inséré dans le quatrième tome de ceux de l'académie de chirurgie. La tumeur fut contenue par une tablette d'ivoire de deux pouces de long sur un de large, échancrée sur les côtés,

La même cause n'a pas lieu chez les hommes; aussi n'y en a-t-il qu'un exemple.

et surmontée par une espèce de champignon de même substance, de forme arrondie, et de dix pouces de haut sur huit de diamètre. Cette tablette étoit soutenue par une large sous-cuisse, fixée par devant et par derrière à une ceinture. Elle réussit assez bien d'abord; mais étant devenue incommode par le déplacement auquel elle étoit sujette, Pipelet y suppléa par une garniture en laine qui formoit une gaîne propre à recevoir l'urèthre. Ces moyens sont les seuls que l'on puisse employer dans ces sortes de cas.

Hernies de vessie par le vagin.

S'il est rare de voir des hernies de vessie au périné, il ne l'est pas moins d'en rencontrer qui fassent saillie dans le vagin. Je ne connois que deux observations de cette espèce.

Exemples fournis par Hoin et par Chaussier.

L'une se trouve dans un essai de Hoin, sur les hernies, et lui a été communiquée par Chaussier, docteur en médecine à Dijon. L'autre a été employée par Verdier, dans le mémoire déjà cité. En voici une troisième qui m'est personnelle.

Exemple particulier à l'auteur.

Une femme de trente ans, et grosse de trois mois, fut attaquée d'une rétention d'urine à laquelle on fit peu d'attention. Il ne tarda pas à se manifester dans le vagin une tumeur qui naissoit de sa partie antérieure, et qui descendoit jusques dans l'intervalle des grandes lèvres. Cette tumeur augmenta considérablement, et la région hypogastrique se tendit et présenta une fluctua-

tion manifeste dans une très-grande étendue. La malade eut les mêmes symptômes que celle de Chaussier, de la fièvre, des douleurs excessives dans le ventre, de l'insomnie. Elle n'urinoit pas. On voulut la sonder; on ne put y réussir. Lorsqu'on portoit les doigts sur la tumeur du vagin, pour en examiner la nature, les urines couloient abondamment, en vertu de la pression qu'on exerçoit sur les parties malades. Je ne sais quelle idée on s'étoit formée de ce fâcheux état, lorsqu'on me pria de voir cette femme. Je fus frappé de la suppression des urines, qui duroit depuis plus de quinze jours. Il me parut nécessaire, avant toutes choses, d'introduire une sonde dans la vessie. Elle procura la sortie d'une quantité prodigieuse d'urine, après laquelle la tumeur du vagin et la tension de la région hypogastrique disparurent presqu'entièrement. Je conseillai de laisser la sonde dans la vessie. La malade, épuisée par la violence et par la longueur des maux qu'elle avoit soufferts, mourut peu de jours après. Je n'ai pu assister à l'ouverture de son corps, parce qu'elle demeuroit à la campagne, et que mes affaires ne me permirent pas d'y aller.

Réduire et contenir ces hernies.

La hernie de vessie par le vagin doit être réduite et contenue avec un pessaire qui l'empêche de se déplacer de nouveau, et que l'on

pourra imbiber de quelques médicamens toniques et légèrement astringens, si les circonstances dans lesquelles se trouve la malade le permettent. Mais rien n'est plus utile pour prévenir le retour de cette maladie, que de conseiller à la personne qui en est attaquée d'uriner souvent, ou de procurer la sortie fréquente de ses urines avec une sonde, si la vessie a perdu de son ressort.

Des Opérations relatives aux Hydropisies du ventre.

Espèces des hydropisies du ventre.

Il se forme deux espèces d'hydropisies dans le ventre ; l'une que l'on nomme ascite, et l'autre qui porte le nom d'enkistée. Dans la première la liqueur est épanchée et répandue dans toutes les parties de cette cavité. Dans la seconde elle est contenue dans une poche ou kiste d'où elle tire son nom. L'une est plus fréquente, et est commune aux deux sexes; l'autre arrive moins souvent, et elle est plus ordinaire chez les femmes que chez les hommes. Toutes deux reconnoissent pour cause un engorgement intérieur auquel une infinité de circonstances peuvent donner lieu. Celui qui produit l'hydropisie ascite, a son siège dans quelqu'un des viscères du ventre dont le volume augmente, et qui prend une dureté plus ou moins grande, sans perdre sa forme et son

organisation apparente. Celui qui donne lieu à l'hydropisie enkistée altère et détruit pour l'ordinaire l'organisation de la partie qui en est affectée, de sorte que souvent on a de la peine à la reconnoître.

Opérations qui y conviennent.

Ces deux espèces d'hydropisie sont du domaine de la médecine. Mais lorsqu'elle sont parvenues à un point considérable, elles exigent les secours de la chirurgie, dont les opérations facilitent l'action des médicamens, ou qui procurent un soulagement que l'on attendroit vainement de ces médicamens, et prolongent la vie des malades. Les opérations dont il s'agit se bornent à la ponction ou paracentèse, laquelle consiste à tirer l'eau amassée en piquant le ventre avec un instrument propre à cet usage.

Paracentèse pour l'hydropisie ascite.

La ponction dans le cas d'hydropisie ascite ne peut être pratiquée que lorsque la quantité d'eau est assez grande. On le reconnoît aisément au volume du ventre, à la tension de ses parois, et au flot du liquide épanché lequel se fait sentir dans tous les points de cette capacité; ce dont on s'assure aisément lorsqu'ayant une main appuyée à plat sur un de ses côtés, on donne un coup sec avec les doigts de l'autre main, sur le côté opposé. Si cette circonstance n'a pas lieu, si le ventre conserve encore de la souplesse, s'il tombe à droite ou à gauche dans les diverses attitudes que l'on fait pren-

dre au malade, l'épanchement n'est pas assez grand, et il seroit à craindre de blesser les parties intérieures.

Ce qu'il faut préparer pour la faire.

La nécessité de la ponction reconnue, il faut préparer l'instrument dont on va se servir, les linges et le vase nécessaire pour recevoir la liqueur, et les pièces d'appareil dont on aura besoin après l'opération.

Le trois-quarts.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, on n'a connu pour cette opération autre procédé que celui d'ouvrir le ventre avec un instrument étroit, aigu et tranchant des deux côtés, et de lui substituer une cannule à travers laquelle les eaux pussent s'écouler. Quelques-uns faisoient faire aux tégumens un pli transversal avant de les couper, puis les faisant retirer en haut ou en bas, ils plongeoient leur instrument à travers les muscles et le péritoine, de manière que l'incision de la peau ne fût pas parallèle à celle des parties intérieures. Quelques autres pénétroient directement dans le ventre à travers toutes ses enveloppes. Il y en avoit cependant qui cautérisoient, avant d'ouvrir, afin que la plaie se fermât moins aisément, et qu'elle donnât plus long-tems passage aux eaux amassées dans le ventre, ou qui pouvoient y tomber de nouveau. Cette méthode est décrite par Celse comme étant en usage de son temps. On la retrouve encore dans Thévenin. Cet auteur qui écrivoit il y a environ cent-

ans, la met au nombre de celles dont on peut se servir pour vider les eaux amassées dans l'hydropisie ascite. On commencoit pourtant alors à se servir du trois-quarts, instrument aussi commode pour les chirurgiens, qu'avantageux aux malades, par le peu de douleurs qu'il leur cause, lequel avoit été inventé par Sanctorius, et dont la description se trouve dans les commentaires que ce médecin a fait imprimer sur avicenne, en 1625. Cet instrument apporté d'Italie en Hollande par Jacques Block, chirurgien d'Amsterdam, qui a beaucoup contribué à le faire connoître, n'étoit alors qu'une cannule d'argent armée d'une pointe conique à l'une de ses extrémités, et percée de quelques trous vers cette pointe, pour permettre la sortie des eaux. Barbette substitua bientôt une pointe applattie en fer de lance à la pointe conique de la cannule de Sanctorius, et Job à Méeckren en fit construire une dont le calibre étoit plus gros.

Ces légères corrections ne rendoient pas encore l'usage de l'instrument dont il s'agit bien sûr. La pointe qui devoit rester dans le ventre pendant l'écoulement des eaux pouvoit blesser les parties intérieures. Pour obvier à cet inconvénient on a imaginé de percer d'abord avec un gros poinçon et d'y substituer une cannule qui remplît l'ouverture qu'il avoit faite. On a bientôt armé le poinçon d'une cannule qui s'y

adaptât avec exactitude, et qui pût être introduite en même temps que lui. Le trois-quarts étoit encore susceptible de quelques perfections. L'extrémité du poinçon avoit une forme conique ; on lui a donné celle d'une pyramide triangulaire. Il a été monté sur un manche qui donne plus de force et d'adresse au chirurgien. Enfin Jean Louis Petit a armé la cannule d'un bec de cuiller du côté qui regarde le manche, afin que les eaux fussent plus sûrement dirigées vers le vase destiné à les recevoir, et qu'elles coulassent moins le long du ventre du malade. Tel est l'instrument dont on se sert non-seulement pour la ponction au ventre, mais encore pour celles qui se pratiquent à la vessie urinaire, aux bourses dans l'hydrocéle, à la poitrine dans les hydropisies de cette cavité, et dans toutes les occasions où il ne faut qu'évacuer un liquide aqueux. On a vu que Barbette avoit jugé qu'il pénétreroit avec plus de facilité s'il étoit terminé par une pointe applatie, que par une pointe conique. Cette disposition a été adoptée par les Anglais, et notamment par Bell qui la propose comme une chose fort utile.

Autres choses à préparer.

Il faut donc avoir un trois-quarts fait comme il vient d'être dit, ou un poinçon cannulé terminé par une pointe plate, à la manière des Anglais ; se prémunir de quelques gouttes d'huile d'olive ; garnir le lit avec un drap en

plusieurs doubles pour qu'il ne soit pas mouillé par l'eau qui peut couler le long du ventre ; faire apprêter un grand vase où cette liqueur puisse être reçue, et préparer un appareil lequel sera composé de quelques compresses qui seront trempées dans du vin chaud avant d'être appliquées sur le ventre, d'une serviette longue et large pliée en trois doubles pour faire un bandage de corps, et d'un scapulaire.

Situation du malade, et lieu de la ponction.

Toutes ces choses disposées, on place le malade. On a long-temps été dans l'usage de le faire asseoir sur une chaise, et de le faire renverser en arrière. A présent on le fait mettre sur le bord de son lit, du même côté que celui sur lequel on se propose d'opérer. Quel doit être ce côté ? Est-il indifférent de pratiquer la ponction à gauche ou à droite ? Lorsqu'en en appuyant la main sur le ventre, on sent à travers l'eau dont il est rempli une tumeur squirreuse d'un côté, quel que soit le viscère engorgé, il faut opérer de l'autre, non de peur d'affoiblir celui qui est malade, comme quelques-uns l'ont dit, mais pour ne pas s'exposer à blesser la partie devenue squirreuse. Le lieu où on doit plonger le trois-quarts a été déterminé d'une manière différente. Les uns ont pensé qu'il falloit le porter à quatre travers de doigts à côté et au dessous du nombril : mais toutes les parties du ventre étant dans une

grande extension, le muscle droit qu'on se propose d'éviter pourroit être blessé en opérant ainsi, parcequ'il est fort élargi. D'autres ont cru rencontrer mieux en prescrivant de faire la ponction au milieu de l'intervalle qui sépare le nombril et la crête des os des îles. Monro observe judicieusement que ce point est indéterminé, vu l'étendue de la crête dont il s'agit. En conséquence, il veut que l'on pique entre le nombril et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. La forme et les dimensions du ventre changent tellement dans les personnes attaquées d'hydropisie ascite, que ce lieu ne seroit rien moins que favorable à l'évacuation des eaux. Aussi ai-je toujours pris celui qui tient le milieu entre le bord des fausses côtes et la crête de l'os des îles, le nombril et l'épine, et l'opération pratiquée en cet endroit a toujours eu la réussite que je pouvois en attendre.

Des circonstances particulières peuvent déterminer à plonger le trois-quarts ailleurs. Si l'extension que souffrent les parois du ventre a donné lieu à l'élargissement du nombril, et que les eaux, chassant le péritoine à travers cette ouverture, et soulevant les tégumens, aient donné naissance à une tumeur plus ou moins élevée, il semble que la peau et le péritoine étant les seules parties à percer, la ponction faite en cet endroit doive être moins dou- Au nombril.

loureuse et réussir également bien. Aussi presque tous les auteurs en ont-ils donné le conseil. Cependant Heister ne trouve pas que la méthode d'ouvrir au nombril soit avantageuse, par la raison que les plaies de cette partie guérissent difficilement, et qu'on ne peut procurer la sortie des eaux qu'en faisant mettre le malade dans une situation incommode. Morgagni pense de même. Il paroît craindre que la petite ouverture qui résulte de l'introduction du trois-quarts ne permette aux eaux de sortir du ventre pendant un temps trop long. Cette circonstance, loin de nuire au malade, pourroit lui être utile en prévenant un nouvel épanchement, et en donnant aux parois du ventre la liberté de reprendre leur ressort, et d'exercer leur pression accoutumée sur les parties contenues dans cette capacité. Il est certain, du moins, que des crevasses spontanées à l'ombilic, des ouvertures faites au ventre par accident, des escharres gangreneuses qui se sont formées aux parois de cette capacité sur des personnes attaquées d'hydropisie ascite, et qui ont donné lieu à de longs écoulemens, ont été suivies de guérison ; ce qui arrive bien rarement lorsqu'on se contente de faire la ponction. Voyez à ce sujet Fabrice de Hilden, Rousset, et les mélanges des Curieux de la nature.

A l'aîne.

De même, un sac herniaire non réduit pourroit

roit être dilaté par les eaux qui tombent du ventre, et former, le long du cordon des vaisseaux spermatiques et jusque dans les bourses, une tumeur aqueuse, dont il sera facile de connoître la nature par la fluctuation manifeste qu'elle présente, par sa transparence, par la facilité avec laquelle cette tumeur paroît et disparoît quand le malade est debout ou couché, et par l'impulsion qui se communique à l'eau qu'elle contient, lorsqu'on le fait tousser. Je trouve deux exemples de ponctions faites en cet endroit avec succès; l'un de Grégoire Horstius, l'autre de Le Dran. Le premier pourroit paroître équivoque, en ce que l'ouverture du scrotum tuméfié donna issue à une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, semblable à de la lavure de chair, pendant que l'eau contenue dans le ventre des personnes attaquées d'hydropisie ascite a un tout autre caractère : mais la manière dont Horstius s'explique dans un autre endroit de ses ouvrages, ne permet pas de douter que la sérosité dont il s'agit ne vînt du bas-ventre; car, après avoir dit qu'il faut choisir le scrotum de préférence pour faire la ponction dans les cas où le relâchement du péritoine permet aux eaux de s'y amasser, il renvoie le lecteur à l'observation que je viens de citer.

Observation de G. Horstius.

L'exemple transmis par Le Dran ne laisse

Observation de Le Dran.

aucune équivoque. La liqueur amassée dans le scrotum étoit de l'eau ; elle venoit du bas-ventre, qui se vida complètement. Mais il survint peu après un gonflement aqueux d'un volume énorme au scrotum, qui acquit une grosseur double de celle de la tête, et cet engorgement fut deux mois à se dissiper. Le Dran l'attribue à ce que l'ouverture faite au sac herniaire par le trois-quarts ne s'étoit pas fermée, de sorte qu'elle permit à l'eau qui s'épanchoit de nouveau dans le ventre de s'infiltrer dans le tissu cellulaire des bourses. Si pareil événement se présentoit, il ne faudroit pas hésiter à faire une légère incision aux tégumens, vis-à-vis le lieu de la ponction, pour que l'eau pût s'échapper à mesure qu'elle sortiroit du ventre et du sac herniaire.

Au rectum, au vagin.

Il paroît qu'on a aussi pensé à faire la ponction par le rectum chez les hommes, et par le vagin chez les femmes. Macarn, chirurgien à Turin, écrivit, en 1788, une lettre à ce sujet au secrétaire de l'académie de chirurgie. Il disoit dans cette lettre, avoir trois exemples de paracentèses pratiquées en ces lieux. Un homme étoit mort à la suite de l'opération : une jeune femme vivoit encore. Il demandoit des éclaircissemens sur cette manière d'opérer et sur les suites qu'elle pourroit avoir. Personne n'en avoit connoissance qu'un des membres de l'académie, le C^{en}. Allan, qui a rappelé qu'en

1767 il avoit présenté à la compagnie un mémoire, dans lequel il recherchoit si la paracentèse exécutée de cette manière ne réussiroit pas mieux que lorsqu'on la pratique en divers points de la circonférence du ventre.

Le lieu de la paracentèse déterminé, voici comment cette opération doit être faite: Le malade couché, la tête et la poitrine un peu élevées, un ou deux aides intelligens et forts, placés du côté opposé à celui sur lequel on va opérer, appuient sur le ventre de manière à pousser les eaux de ce côté. Le chirurgien prend alors le trois-quarts de la main droite, et après s'être assuré que le poinçon de cet instrument glisse aisément dans sa cannule, et l'avoir graissé avec un peu d'huile, il le plonge dans le lieu désigné, en observant d'éviter les veines qui rampent sous les tégumens, et qui, pour l'ordinaire, sont excessivement dilatées. La manière dont il le tient lui donne la force dont il a besoin pour pénétrer à travers les tégumens, dont le tissu est fort serré à la partie antérieure du ventre, et qui offrent quelquefois beaucoup de résistance. Il en appuie le manche sur la paume de sa main, et alonge le doigt indicateur sur la cannule pour servir de modérateur au trois-quarts, et pour empêcher qu'il ne pénètre trop avant. Le défaut de résistance lui fait connoître qu'il est parvenu dans le ventre. Pour lors il prend

Façon d'opérer.

le manche de l'instrument avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, saisit la caunule avec les mêmes doigts de la main droite, retire le poinçon, et permet aux eaux de s'écouler.

Sortie et écoulement des eaux.

La pression qu'il fait faire sur le ventre du malade, du côté opposé à celui sur lequel il opère, n'a pas seulement pour objet d'amener les eaux vers le lieu de la ponction. Cette pression doit continuer pendant tout le temps de leur sortie, et même au-delà, comme il va être dit. Le chirurgien soutient la cannule sans la changer de position; quelquefois, cependant, il est obligé de l'incliner de côté ou d'autre, pour faciliter l'écoulement de la liqueur, lequel peut être interrompu par diverses causes, mais sur-tout par la présence d'une portion d'intestin ou d'épiploon, qui vient se présenter à son extrémité. Quelquefois aussi il est nécessaire de faire glisser dans cette cannule un stilet boutonné pour écarter les corps qui la bouchent. S'il sortoit avec les eaux quelques floccons de matières glutineuses, ou quelques lambeaux qui eussent l'apparence de membranes, on pourroit essayer de les tirer, pourvu qu'ils ne fissent point de résistance, ou que leur extraction ne causât pas de douleur. C'est ainsi que Morand autrefois (en 1718), a tiré du ventre d'un hydropique, par l'ouverture que le trois-

Observation de Moraud.

quarts avoit faite, un corps alongé qui avoit mis obstacle à l'écoulement des eaux, et qui se trouva être une membrane aussi mince qu'une toile d'araignée roulée sur elle-même. Ce corps sortit avec facilité, et sans que le malade éprouvât de douleurs. Il fut suivi de l'écoulement des eaux par la cannule, qui fut facile à remettre. Morand regardoit la membrane dont il s'agit comme un kiste dans lequel les eaux avoient été contenues; et l'historien de l'académie des sciences dit, sans doute d'après lui, que ce kiste devoit avoir été formé par les particules les plus épaisses de la sérosité, poussées et rejettées vers la circonférence de l'eau par les parties les plus subtiles qui en occupoient le centre. Cette explication pouvoit paroître satisfaisante dans le temps. Elle ne seroit pas reçue aujourd'hui; mais le fait reste.

Quantité d'eau à tirer.

On est surpris, en parcourant les livres de l'art, de voir avec quelle timidité ceux qui nous ont précédés pratiquoient l'opération de la paracentèse. Presque tous ont recommandé de ne tirer qu'une partie des eaux amassées, au moyen de cette opération, et de la recommencer trois à quatre fois pour obtenir leur entière évacuation. Quelques-uns prescrivent de laisser la cannule dans le ventre, afin de les tirer peu à peu. Tous parlent de syncopes et de foiblesses effrayantes lorsqu'on

les évacue toutes à la fois. Ces symptômes paroissent procéder de ce que le diaphragme cessant d'être soutenu, s'affaisse sur-le-champ et entraîne avec lui le cœur et les gros vaisseaux; ou de ce qu'il se fait dans le système vasculaire du ventre une dérivation subite, qui détourne le sang qui devroit se porter aux parties supérieures. Sans doute nous évitons l'un et l'autre de ces deux effets, ou peut-être tous les deux à la fois, par la situation couchée que nous donnons aux malades, et surtout par la pression que nous faisons exercer sur le ventre pendant le temps que les eaux s'écoulent, et que nous continuons après leur écoulement, au moyen des bandages avec lesquels nous comprimons cette partie; car nous tirons toutes les eaux à la fois sans voir les malades tomber en faiblesse. Il faut donc procéder de cette manière. Si le malade éprouve quelqu'anéantissement, on peut lui donner une ou deux cuillerées de vin d'Espagne, ou de tout autre bon vin.

Extraction de la cannule.

Les eaux évacuées, le chirurgien prend le pavillon de la cannule entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, et appuyant avec les mêmes doigts de la main droite sur les bords de la petite ouverture que l'instrument a faite, il la retire doucement, et elle suit sans causer de douleurs. Pour l'ordinaire, il ne sort qu'un peu de sang. Il est pos-

sible, cependant, que la plaie en rende davantage, et même une quantité qui pourroit devenir effrayante, si on n'avoit trouvé un moyen bien simple de s'opposer à cette hémorragie. Bellocq, dans un cas de cette espèce, où il avoit éprouvé un peu de résistance en retirant la cannule, crut qu'il se rendroit aisément maître du sang en mettant sur la plaie une compresse plus épaisse, et en tenant le bandage de corps plus serré qu'à l'ordinaire. Ces pièces d'appareil ayant été sur-le-champ imbibées de sang, il en mit d'autres qui faisoient une compression plus forte. Le sang reparut encore, et il employa, pour l'arrêter, d'autres compresses plus épaisses, qu'il contint avec une de ces ceintures dont se servent les personnes qui courent la poste. Le malade étoit assis dans un grand fauteuil, un peu renversé en arrière. Le sang parut arrêté; mais il couloit le long de ses reins, et bientôt on vint avertir qu'il tomboit sur le parquet. Bellocq arrivé auprès du malade, vit bien qu'il falloit user de moyens plus efficaces. Une hémorragie assez grave, à la suite d'une dent arrachée, n'avoit pu être arrêtée que parce qu'il avoit imaginé de pousser avec force dans l'alvéole un morceau de cire amollie, qui, en s'insinuant dans tous les points de cette petite cavité, avoit porté la compression jusque sur l'artère déchirée. Le souvenir de ce fait lui suggéra l'idée de faire

Hémorrhagie.

Observation de Bellocq.

usage d'un cylindre de cire qui rempliroit le trajet que le trois-quarts avoit parcouru, et qui le comprimeroit en tout sens. Il en prépara un avec de la cire jaune, et l'introduisit assez avant, avec le soin d'en applatir l'extrémité sur le ventre. Le sang fut arrêté sur-le-champ. Il survint une ecchymose autour de la petite plaie, qui s'enflamma et qui suppura. Bellocq alors jugea que le cylindre de cire n'étoit plus utile, et il voulut le retirer. Mais ce cylindre cassa, de manière qu'il fallut attendre que ce qui en étoit resté dans la plaie sortît par la suppuration.

Pour éviter cet inconvénient, il employa une de ces petites bougies que l'on met dans les lanternes de poche, dans la vue d'empêcher que l'eau qui continuoit de sortir du ventre d'un autre hydropique, par l'ouverture du trois-quarts, ne s'en échappât, ce qui étoit fort incommode à ce malade qui en étoit mouillé et refroidi. La cire, soutenue par la mèche, sortit toute entière quand on jugea à propos de retirer la bougie. Bellocq auroit pu se servir, avec plus de sécurité, d'une bougie emplastique telle qu'on les prépare pour les maladies de l'urèthre.

Pansement.

S'il ne vient point de sang, il ne reste qu'à panser le malade et à le replacer dans son lit. On applique sur la petite plaie la compresse épaisse qu'on a préparée, trempée dans

du vin chaud ; puis on la soutient avec le bandage de corps que l'on a eu soin de placer sous le malade avant de l'opérer, ou que l'on passe après sous ses reins, et que l'on serre assez pour que le ventre soit bien contenu. Ce bandage est lui-même assuré par le scapulaire.

La compression du ventre a paru si utile à Monro, pendant et après l'opération, qu'il a employé, pour la faire, un bandage particulier fait avec de la toile forte, doublée de flanelle fine, fenêtré à l'endroit où il convient de faire la ponction, et garni de courroies et de boucles au moyen desquelles il peut être serré par degrés à mesure que les eaux s'écoulent. Ce bandage ingénieux est décrit dans les Essais d'Edimbourg, tome premier. Monro dit s'en être servi avec succès. Cependant il ne paroît pas que d'autres que lui en aient fait usage ; même en Angleterre, où l'on applique autour du ventre une bande de flanelle de huit à dix aunes de long et de cinq pouces de large, avec laquelle on fait des circonvolutions en doloires, comme dans tous les bandages roulés. Celui-ci doit être renouvellé pendant quelques jours. Il me paroît bien propre à remplir son objet, et je n'y vois d'autre inconvénient que celui de mettre dans la nécessité de tenir le malade soulevé pendant son application. Compression et bandage de Monro.

Si la compression que l'on exerce sur le Utilité de la compression.

ventre à la suite de la paracentèse, n'avoit d'autre objet que de prévenir la foiblesse dans laquelle on dit que les malades tomboient autrefois, faute de cette compression dont Sharp attribue le conseil à Mead, il suffiroit de la faire pendant vingt-quatre heures; mais elle a une autre utilité. La disposition du système vasculaire du ventre est telle, que le sang qui revient des viscères par les veines, se rend dans le tronc de la veine porte ventrale, et ensuite dans celui de la veine porte hépatique, laquelle se divise dans le foie à la manière des artères, et distribue aux diverses parties de ce viscère glanduleux le sang qui doit servir à la filtration de la bile. La force qui détermine ce sang à y couler est celle qui résulte de l'action simultanée du diaphragme et des muscles du ventre, qui exercent sur elles une pression égale et continue. La belle observation de Boerrhaave le prouve incontestablement. Il a souvent remarqué, lorsqu'il ouvroit des animaux vivans, que les artères et les veines du ventre se remplissoient peu à peu, et qu'elles acquéroient d'autant plus de grosseur, que ces animaux survivoient plus long-temps à l'ouverture de cette capacité. La cause de ce phénomène s'est présentée à lui. Tant que les parties sont dans leur intégrité, le sang des veines porte ventrale et hépatique obéit à l'action des muscles du

ventre. Lorsque cette action n'existe plus, il s'amasse dans la seconde de ces veines qu'il ne peut franchir, puis dans la première, et enfin dans les artères correspondantes, de sorte que ces vaisseaux se remplissent. Ce qui arrive alors auroit lieu après l'opération de la paracentèse, si on ne suppléoit à l'action des muscles par une compression extérieure. Avant que les eaux s'écoulent, ces muscles, soutenus par elles, exercent leur action ordinaire sur les veines. Les eaux sorties, ils tombent dans un affaissement d'autant plus grand, que la quantité d'eaux qui ont été évacuées a été plus considérable. Ils cessent en quelque sorte d'agir, et le sang ne coule plus avec sa facilité ordinaire. Il remplit et gonfle les vaisseaux, ce qui produit des coliques, et il laisse transuder une partie de sa sérosité qui tombe dans le ventre; ou il comprime les vaisseaux lymphatiques qui accompagnent presque partout les vaisseaux sanguins, et donne lieu à l'exudation d'une partie de la lymphe qu'ils contiennent. Rien n'est donc plus propre à faciliter le prompt retour de l'hydropisie ascite que le défaut de compression sur le ventre; et par conséquent rien ne peut être plus efficace pour s'y opposer, que d'exercer cette compression d'une manière aussi exacte et aussi longue que le malade le peut supporter. Il faut cependant convenir qu'il est rare que ce

moyen réussisse, que l'hydropisie ascite est sujette à se renouveller, et qu'elle est souvent mortelle.

Manière d'opérer à l'ombilic.

Dans le cas où l'ombilic se trouveroit saillant, l'opération de la paracentèse ne différeroit en rien de ce qui a été dit, excepté que le malade, au lieu d'être couché sur le dos, le seroit sur le côté, et qu'on le feroit incliner en devant, afin que les eaux eussent plus de facilité à s'écouler.

A l'aîne.

Si c'étoit le scrotum, il faudroit qu'il fût situé sur le dos comme dans le cas le plus ordinaire, et que la liqueur fût reçue dans des vases placés entre ses cuisses et que l'on feroit succéder les uns aux autres, à mesure qu'ils se rempliroient. On auroit sur-tout l'attention de bien vider le ventre pour éviter l'infiltration des bourses dont il a été parlé précédemment, d'après l'observation de Ledran.

Comment il faudroit opérer si on manquoit de trois-quarts.

Reste enfin à savoir ce qu'il faudroit faire si l'on manquoit de tout secours, et qu'on n'eût pas de trois-quarts. En cas que la circonstance fût pressante, on pourroit préparer une cannule avec du plomb battu, et opérer à la manière des anciens, c'est-à-dire plonger directement un bistouri dans le ventre, pour faire aux enveloppes de cette cavité une ouverture qui pût recevoir la cannule. Les eaux écoulées, et cet instrument retiré, on couvriroit les bords de l'ouverture avec un em-

plâtre agglutinatif, tel que le diachylum simple, dont l'action secondée de l'appareil suffiroit pour obtenir la guérison. Ce procédé paroîtroit préférable à celui qui a été recommandé d'inciser les tégumens et les muscles en deux temps, pour que la plaie de l'une de ces parties ne répondît pas à celle de l'autre, parce qu'il exposeroit moins aux infiltrations qui ne manqueroient pas de se faire, s'il restoit une certaine quantité d'eau dans le ventre, ou qu'il vînt à s'en amasser de nouvelle.

Siéges différens de l'hydropisie enkistée.

Il n'y a peut-être aucune des parties de cette capacité qui ne puisse devenir le siége de l'hydropisie enkistée. De Haen rapporte l'histoire d'une fille de quarante ans, devenue hydropique, à laquelle on avoit tiré trente pintes d'eau rougeâtre et glutineuse. Après avoir été soulagée pendant quelque temps, elle retomba dans l'état où elle étoit avant la ponction, et elle mourut. On trouva tout le lobe gauche du foie distendu en manière de sac, et plein d'une liqueur semblable à celle qu'on lui avoit tirée. Le même médecin a vu une autre hydropisie enkistée, laquelle avoit son siége dans l'épiploon. Cette partie adhéroit en devant au péritoine, et en arrière aux intestins. Elle avoit souffert une si grande extension, qu'elle contenoit cinquante pintes de liqueur. La malade mourut après la huitième ponction, et toutes avoient donné cette même quantité.

Munnick avoit déjà rencontré une hydropisie enkistée dans l'épiploon. Le tissu cellulaire du péritoine est plus ordinairement le siége de cette maladie, soit celui qui sépare cette membrane d'avec les muscles du bas-ventre, soit celui qui tapisse la partie postérieure de cette cavité. Mais l'hydropisie enkistée ne se forme nulle part aussi souvent que dans les ovaires, ce qui fait qu'elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Malgré les engorgemens de toute espèce qui la précèdent ou qui l'accompagnent, et les adhérences plus ou moins multipliées que ces organes distendus contractent avec les parties du voisinage, il est facile de voir que l'un des ovaires, et quelquefois tous les deux, en sont le siége. Alors l'humeur n'est pas contenue dans une seule cavité; elle en remplit deux qui sont essentiellement distinctes. Dans le cas même où il n'y a qu'un des ovaires malade, la liqueur épanchée a souvent plusieurs foyers séparés par des cloisons dont l'épaisseur varie beaucoup.

Hydropisies enkistées dans la matrice.

Si on vouloit rapporter aux hydropisies enkistées les amas énormes de liqueur qui se sont quelquefois rencontrés dans la matrice ou dans l'estomac, il faudroit mettre ces deux viscères au nombre des parties où ces sortes d'hydropisies peuvent se former. Une des dix observations publiées en 1725 à Strasbourg,

par Nicolaï, fait mention d'une femme de soixante ans, à l'ouverture du corps de laquelle on a trouvé la matrice excessivement grosse, et formant une poche dont les parois avoient une dureté approchante de celle des cartilages. Cette poche contenoit seize mesures d'une liqueur épaisse, semblable au marc de l'huile. L'orifice en étoit étroitement fermé. Des hydatides nombreuses occupoient sa face externe. Le paquet des intestins étoit remonté vers le diaphragme. On ne voyoit aucun vestige des ovaires. Presque toutes les parties intérieures du ventre offroient des scirrosités. La maladie avoit commencé il y avoit douze ans, à la suite d'une grossesse malheureuse. Je ne puis fixer les idées d'une manière précise sur la quantité de liqueur que cette matrice contenoit, parce que j'ignore la capacité de la mesure dont on s'est servi pour la déterminer. Mais on peut juger de quelle extension prodigieuse la matrice est susceptible, et combien de liqueur peut s'y amasser, si on se rappelle que Vésale a autrefois trouvé dans cette poche quatre-vingt-dix pintes d'eau séreuse, *centum et octoginta libras*, sur un cadavre dont toutes les parties étoient saines, et dont les extrémités n'offroient aucune apparence d'œdème.

Observation de Nicolaï.

Obs. de Vésale.

Rivière rapporte, d'après Antoine Jodon, médecin de réputation à Auxerre, l'histoire

Dans l'estomac. Obs. de Jodon.

d'une collection abondante d'humeurs dans l'estomac, laquelle fut prise pendant près de trois ans pour une hydropisie. La malade étoit âgée de près de quarante-huit ans lorsqu'elle commença à devenir malade. Ayant senti que son ventre s'élevoit, elle se crut enceinte. Quand le terme ordinaire de la grossesse fut passé, elle reconnut qu'elle avoit quelque dérangement intérieur, et consulta son médecin. Celui-ci lui administra plusieurs remèdes, lesquels furent sans succès. Le ventre devenoit énorme. Il survint de l'oppression, de la fièvre, des inquiétudes dans les jambes, et la mort mit fin à ces incommodités. Le corps de cette femme s'étant trouvé disproportionné au cercueil qui devoit le recevoir, ses parens prièrent le docteur Jodon d'en faire l'ouverture. Une ponction faite au ventre avec la pointe d'un scalpel, en laissa sortir une quantité d'eau qui fut évaluée à quarante-cinq pintes. Sur la fin cette eau paroissoit trouble et contenir une espèce de sédiment. Le lieu par où elle s'écouloit ayant été bouché avec un tampon, on fut surpris de trouver l'estomac adhérent au péritoine ; des recherches ultérieures firent voir que le tampon étoit entré dans la cavité de ce viscère, qui étoit excessivement dilaté, et dont les deux orifices avoient conservé leur distance relative. Il y avoit encore une assez grande quantité de ce

sédiment

sédiment qui avoit suivi l'éruption des eaux, de sorte que l'on ne peut douter que l'estomac n'ait été le siége de cette singulière maladie.

Espèce de liqueur contenue dans les hydropisies enkistées.

Le caractère de la liqueur qui la formoit est assez ordinaire dans le plus grand nombre des hydropisies enkistées. Celle qui s'y trouve ou qu'on en fait sortir par la ponction, n'est pas claire, limpide, inodore et de couleur citronée, comme l'eau amassée dans le ventre des personnes attaquées d'hydropisie ascite. Cette liqueur est plus ou moins haute en couleur, jusqu'à être tout à-fait brune. Elle entraîne après elle un sédiment dont l'épaisseur et la quantité varient, et dans lequel on distingue quelquefois du pus et des caillots de sang, et elle répand souvent une odeur désagréable et même fétide. La consistance en est aussi différente. Rarement elle est parfaitement limpide. On y trouve une viscosité tantôt médiocre et tantôt si grande, que cette liqueur ressemble parfaitement à de la gelée. On voit un exemple de cette dernière disposition dans l'observation communiquée à l'Académie de chirurgie, par Laporte. Quoique la fluctuation fût très-marquée, il ne sortit rien par la canule du trois-quarts. Une sonde qui fut introduite dans cette canule jusque dans le ventre, amena avec elle une substance gélatineuse assez épaisse et transparente. Laporte se servit le surlendemain d'un trois-

Obs. de Laporte.

quarts plus gros, et dont la cannule avoit une cannelure pratiquée sur sa longueur. Cette cannule lui servit à glisser, jusque dans le foyer de la tumeur, un bistouri avec lequel il fit une incision de quatre pouces de long. Il sortit du ventre un paquet de gelée gros comme la tête d'un enfant. On en tira d'abord dix livres, et ensuite trente-cinq livres en deux heures et un quart. Les premiers jours en fournirent encore beaucoup. Dans la suite il ne vint que des sérosités, et la malade mourut le treizième jour. J'ai rencontré un cas de la même espèce; mais instruit par l'exemple que je viens de citer, du danger excessif d'ouvrir le ventre dans une pareille circonstance, lorsque je me fus bien assuré de la nature de l'humeur contenue, dont je parvins à faire sortir une petite quantité par la cannule du trois-quarts; je retirai cet instrument et je renonçai à tout projet d'opération. La malade a survécu plus d'un an. Il est probable qu'elle seroit morte en peu de jours.

Observation propre.

Je ne dois pas omettre que l'humeur qui se trouve dans les hydropisies enkistées peut être chyleuse. L'histoire de l'Académie des sciences pour 1725, dit qu'on a trouvé dans le ventre d'un jeune homme, mort sans doute à la suite d'une maladie de consomption, une tumeur qui en occupoit presque toute la capacité, et qui pénétroit dans la poitrine, en suivant l'aorte.

Hydropisie enkistée chyleuse.

Obs. de Morand.

Cette tumeur, dont on ne détermine pas les dimensions d'une manière précise, contenoit une liqueur aussi blanche que du lait, en grande partie fluide, et en partie épaisse comme du fromage, et pourtant sans odeur. Lorsqu'elle eut été détachée des parties environnantes et de la colonne vertébrale où elle étoit fixée, elle se trouva encore du poids de sept livres et demie, sans compter la liqueur qui s'étoit écoulée. Ses parois étoient fort blanches. L'historien de l'Académie dit bien, d'après l'auteur de l'observation, que la première cause du mal devoit avoir été la rupture de quelqu'un des vaisseaux lactés qui traversent le mésentère, en conséquence de l'obstruction des glandes de cette partie, ce qui rend raison de la formation de la tumeur: mais il manque à cette observation un détail des incommodités que le sujet a éprouvées pendant les derniers temps de sa vie, et des adhérences que présentoit la tumeur.

En parlant de l'amas considérable d'humeur trouvée dans la matrice d'une femme morte après avoir passé, sans doute, pendant douze ans pour être attaquée d'une hydropisie enkistée ordinaire, j'ai dit que Nicolaï avoit observé que la face externe de ce viscère étoit couverte de beaucoup d'hydatides. Ces corps qui se montrent sous la forme de vésicules ovales de diverse grosseur, depuis celle d'un Hydatides.

très-gros œuf de dinde jusqu'à celle d'un grain de chènevi, que l'on trouve isolés les uns des autres et nageans dans une liqueur plus ou moins transparente, remplis eux-mêmes d'une liqueur semblable contenue dans une enveloppe extrêmement mince et de couleur laiteuse, se montrent quelquefois en diverses parties du corps, mais plus fréquemment dans les hydropisies enkistées, en quelque lieu du ventre que ces hydropisies aient pris naissance. On a cru long-temps qu'ils étoient formés par la dilatation de vaisseaux lymphatiques, qui, remplis d'une quantité excessive de liqueur entre leurs valvules, présentoient l'apparence d'une suite de corps ovoïdes, lesquels parvenoient à se séparer les uns des autres. Ceux qui ont proposé et embrassé cette singulière opinion ne devoient cependant pas ignorer que Tyson avoit autrefois reconnu que les hydatides, très-fréquentes dans les brebis malades et hydropiques et dans d'autres quadrupèdes, et sans doute analogues à celles de l'homme, étoient des vers d'une espèce particulière, qu'il avoit désignés sous le nom de *lumbrici hydropicorum*. Pallas, *Miscellanea Zoologica*, *Hagæ-comitum*, 1766, leur donne celui de *tœnia hydatigena*. Il croit que ces vers, qu'il a souvent observés dans les quadrupèdes sains, comme dans ceux qui étoient hydropiques, tantôt seuls et tantôt en un nombre

plus ou moins grand, ne sont pas plus la cause ou l'effet d'une maladie, que les *tœnia* ou les autres vers qu'on garde quelquefois toute sa vie, sans en être incommodé. L'examen qu'il en a fait le porte à penser que les hydatides en question sont différentes de ces bulles pleines de liqueur qu'on rencontre dans toutes les parties du corps des quadrupèdes, excepté dans le ventre, et sur-tout des hydatides qui se trouvent dans l'espèce humaine.

Hydatides humaines.

Les nouvelles observations ne laissent plus de doute à cet égard. Les hydatides humaines diffèrent peut-être en quelque chose de celles des quadrupèdes, mais ce sont aussi des vers de l'espèce du *tœnia hydatigena* de Pallas. On peut consulter à ce sujet l'ouvrage que Warner, sous-démonstrateur d'anatomie à Leipsick, a publié en 1782, sous le titre de *Vermium intestinalium expositio*. Ce médecin a découvert pour la première fois l'insecte auquel appartiennent les hydatides humaines, sur le corps d'un soldat submergé qu'il disséqua pendant le mois de janvier, et qui avoit séjourné pendant quinze jours dans l'eau; il ne trouva les insectes dont il s'agit, que dans quelques intervalles des muscles. Ils avoient résisté à l'action du froid, et donnèrent des signes de vie dès qu'on les plongea dans l'eau tiède. On en mit quelques-uns dans de l'eau qui se gela, et qui resta dans cet état pendant

huit jours. Au bout de ce temps, ils donnèrent aussi des signes de vie lorsqu'on les plongea dans l'eau tiède. Il paroît que cette espèce de *tœnia* fait rarement sortir son corps de l'hydatide. Elle diffère des autres vers à vessie des animaux, en ce qu'elle a une membrane vaginale dans laquelle elle peut se retirer, et deux vésicules transparentes sur les côtés de cette membrane vaginale. Tout porte à croire qu'elle se reproduit d'une manière analogue à celle de plusieurs autres insectes, et que chaque individu réunit les deux sexes.

Signes de l'hydropisie enkistée commençante.

La lenteur avec laquelle croissent ordinairement les hydropisies enkistées, le peu d'incommodité qu'elles produisent tant qu'elles n'ont pas acquis un volume bien considérable, et la forme du ventre des personnes qui en sont attaquées, sont les signes auxquels on peut les distinguer d'avec l'hydropisie ascite. En effet, elles se montrent le plus souvent sous l'apparence d'une tumeur médiocre, qui est long-temps à se développer, et dans laquelle on n'apperçoit qu'une dureté plus ou moins grande, sans fluctuation. Cette tumeur occupe la partie du ventre qui répond au siége de l'hydropisie. Lorsque cette partie est un des ovaires, elle est mobile et change de place, suivant la situation que la malade prend. Il n'y a point de douleurs, et la personne incommodée n'éprouve qu'un sentiment de distension ou

de pesanteur qui répond au volume de la tumeur.

A mesure que le mal croît, les circonstances changent. Les parties du voisinage, pressées par le poids de la partie tuméfiée, ou distendues en conséquence de leur adhérence à cette partie, commencent à devenir sensibles. Le ventre s'élève du côté malade. La forme en est inégale. Le flot du liquide ne se porte pas encore d'une partie du ventre à celle qui lui est opposée, mais il se fait sentir distinctement. Les fonctions des viscères s'exécutent avec liberté et régularité. Il n'y a de dérangement ni dans l'excrétion des urines, ni dans celle des matières fécales. Si l'hydropisie a lieu sur une femme qui soit jeune, ses évacutions périodiques se font comme à l'ordinaire.

Signes de l'hydropisie enkistée avancée.

Lorsque enfin la maladie est parvenue au point d'occuper toute l'étendue du ventre, cette capacité ne présente plus qu'une vaste tumeur où la fluctuation est plus ou moins sensible, et se fait appercevoir d'un côté à l'autre, lorsqu'ayant appuyé le plat de la main sur l'un d'eux, on frappe sur celui qui lui est opposé avec l'extrémité des doigts de l'autre main, comme dans l'ascite. Cette circonstance en a souvent imposé, et a fait prendre des hydropisies enkistées pour des hydropisies ascites. Cependant avec un peu d'attention on

Signes de l'hydropisie enkistée qui occupe tout le ventre.

peut aisément discerner les unes des autres: car dans la première espèce d'hydropisie le ventre conserve sa forme, quelque situation que le malade prenne, au lieu que dans la seconde, le poids des eaux le porte à tomber sur le côté surlequel le malade se couche. La lenteur ou la promptitude avec laquelle ces hydropisies se forment, et la nature des incommodités qui sont moins grandes dans celle qui est enkistée, en sont des signes assez clairs. On en est encore assuré par l'espèce de liqueur qui s'écoule lorsqu'on se laisse abuser jusqu'à faire la ponction, parce que cette liqueur présente les caractères que j'ai exposés précédemment.

Ce que deviennent les hydropisies enkistées.

Il est possible, il est même assez ordinaire que les hydropisies enkistées se bornent, et qu'elles deviennent stationnaires. Le plus souvent cela n'arrive que lorsqu'elles sont parvenues à occuper toute la capacité du ventre. Elles sont fort incommodes par le sentiment de pesanteur qui en est inséparable, et par la difficulté de se mouvoir. Du reste, elles troublent peu la santé. Il s'est vu des personnes qui en ont porté très-longtemps. J'en ai connu plusieurs dans ce cas.

Observation de Tascheron.

Tascheron a trouvé une hydropisie de l'ovaire chez une fille de quatre-vingt-huit ans, dont la maladie avoit commencé à trente. Ce kiste occupoit toute la capacité du ventre, excepté le bassin.

Les *Medical observations and inquiries*, tome premier, font mention d'une hydropisie enkistée qui a duré quarante-quatre ans. Son siége étoit sous le péritoine. Elle contenoit cinquante-une pintes de liquide de mauvaise odeur. Deux fois j'ai fait l'ouverture de femmes extrêmement avancées en âge, puisqu'elles étoient parvenues à celui de quatre-vingts ans, en qui le ventre avoit commencé à croître quand elles n'étoient âgées que de trente. Elles avoient des collections d'humeurs considérables qui étoient renfermées dans des poches distinctes, et ces poches étoient appuyées sur des amas de scirrosités qui paroissoient avoir pris naissance dans l'un des ovaires, et peut-être dans tous les deux.

Obs. *Des med. obs. and inquiries.*

Lors donc que les hydropisies dont nous parlons font des progrès, ou lorsqu'elles ont cessé d'en faire, et qu'elles ne causent que des incommodités médiocres, la prudence et l'humanité commandent de s'abstenir d'y faire la ponction, quelque soulagement que les malades en espèrent, quelque avantage qu'on leur persuade qu'ils peuvent en retirer. L'expérience montre en effet qu'une hydropisie enkistée que l'on a vidée ne tarde pas à se former de nouveau, de sorte qu'une première ponction amène bientôt la nécessité d'en faire une seconde, une troisième et un nombre plus ou moins grand. Si on étoit sûr que le

Elles ne demandent aucune opération.

ventre mît beaucoup de temps à se remplir, peut-être les ponctions seroient-elles plus utiles que nuisibles ; mais on a observé que l'eau s'y amasse avec d'autant plus de promptitude, que plus de ponctions se sont succédées les unes aux autres; de sorte que ces malades ne tardent point à s'épuiser et à périr, au lieu qu'ils auroient pu vivre beaucoup davantage s'ils avoient eu la force de résister à leurs incommodités.

Cependant, elles exigent quelquefois la ponction. En quelles circonstances ?

Cependant, si ces incommodités devenoient excessives, on ne pourroit se dispenser d'avoir recours à la ponction, qui les calme pour un temps plus ou moins long, et qui prolonge la vie aux malades. On est dans la nécessité de faire cette opération lorsque la fièvre lente et les douleurs qui surviennent, donnent lieu de craindre que la distension du kiste n'ait été suivie de la crevasse des vaisseaux de toute espèce qui rampent sur sa face intérieure, de l'effusion du sang et des humeurs que ces vaisseaux contiennent, et de l'excrétion de mucosités ou de pus qui se mêlant à la liqueur épanchée, et passant dans le sang, feroient tomber le malade dans la consomption. Les incommodités qu'éprouvent les personnes attaquées d'hydropisies enkistées parviennent aussi au point de ne pouvoir être supportées lorsque ces hydropisies acquièrent un

Obs. de De Haen.

grand volume. De Haen a vu une femme

dont le ventre avoit quatre pieds du creux de l'estomac au nombril, et deux pieds du nombril au pubis. La fluctuation étoit sensible partout. Malgré cette grande distension, il n'en sortit que dix-neuf pintes de liqueur. La malade mourut douze heures après. Le corps exhaloit une si mauvaise odeur, qu'il ne fut pas possible d'en faire l'ouverture. Une autre femme dont Mouton a communiqué l'observation à l'Académie de chirurgie, avoit le ventre si élevé, qu'il avoit six pieds sept pouces de circonférence, et trois pieds quatre pouces de l'appendice xyphoïde au pubis. Cette maladie n'avoit été que deux ans à se former. A l'ouverture du corps, il s'échappa soixante pintes de liqueur sans odeur, de la consistance et de la couleur de la lie de vin. Le kiste avoit jusqu'à quatre pouces d'épaisseur en quelques endroits. Il étoit parsemé d'hydatides. Les muscles du bas-ventre étoient presque entiérement effacés. Il n'y avoit aucun dérangement dans les viscères. Quand le volume du ventre est devenu aussi considérable, les malades ne respirent plus qu'avec beaucoup de difficulté, ils se meuvent avec peine, les fonctions sont dérangées, les urines cessent de couler, les extrémités inférieures deviennent œdémateuses, et la vie est très-prochainement menacée. Il faut venir à leur secours en leur faisant la ponction, quelque crainte

Observation de Mouton.

que l'on doive avoir d'être dans la nécessité de réitérer souvent cette opération. Du reste, il s'en est vu qui l'ont supportée un grand nombre de fois, et à qui elle a long-temps conservé la vie. Mead parle d'une femme à qui on a fait soixante-cinq ponctions. Laflise, chirurgien à Nanci, l'a pratiquée quatre-vingt-dix-huit fois sur une même malade. Il tiroit chaque fois quinze pintes de liqueur. La malade fut dix ans sans être obligée de se faire faire la ponction, quoiqu'elle eût le ventre extrêmement gros. Au bout de ce temps il fallut encore la lui faire, et elle mourut.

Observations de Mead et de Laflise.

Ledran, après avoir fait connoître avec assez d'exactitude la nature des hydropisies enkistées et les signes qui les caractérisent, dit qu'on peut les guérir par la ponction ou par l'incision.

Opinion de Ledran sur la cure des hydropisies enkistées.

La ponction lui paroît devoir réussir lorsque le kiste est unique, lorsqu'il a peu d'étendue, et lorsque la tumeur du ventre présente une fluctuation manifeste. Il convient qu'on est obligé de la réitérer souvent, mais elle s'oppose à l'augmentation du mal, et procure quelquefois une guérison radicale. Ledran dit en avoir vu des exemples.

La ponction.

Lorsqu'il y a plusieurs kistes, lorsque la fluctuation n'est pas très-sensible, et sur-tout lorsque la maladie a fait beaucoup de progrès, il croit qu'il faut avoir recours à l'incision,

L'incision.

laquelle doit être faite à la partie la plus déclive de la tumeur. Cette opération procure la sortie de l'humeur amassée dans la portion du kiste qui a été ouverte. S'il y a d'autres kistes qui communiquent avec le premier, ils s'ouvrent et ne laissent échapper la liqueur qui y est contenue, que lorsque la suppuration a détruit leurs parois, ou lorsque le défaut de soutien les force à céder. On voit alors une liqueur plus ou moins limpide se mêler à celle que le kiste ouvert par incision fournissoit, et qui étoit en partie purulente. La plaie doit être remplie avec une bande de toile effilée à laquelle on substitue une tente dans un temps plus avancé, et ensuite une cannule qui offre une voie libre aux écoulemens, et qui permette de faire des injections détersives. Par ce procédé le kiste ou les kistes se désemplissent, leurs parois suppurent, ils se détergent et se rapprochent, et il ne reste qu'une fistule avec un léger suintement.

Cette doctrine est confirmée par des observations d'hydropisies enkistées que Ledran a traitées de cette manière, et dont il a communiqué l'histoire à l'Académie de chirurgie. Le sujet de la première a conservé une fistule qui paroît avoir duré toute sa vie. Celui de la seconde, après en avoir porté une pendant deux ans, a guéri complètement. Ce dernier fait est assez curieux pour trouver place ici.

Obs. de Ledran à l'appui de l'incision.

Obs. de Ledran.

Une fille agée de 32 ans s'apperçut que son ventre grossissoit, avec fièvre, douleurs, vomissemens fréquens, borborygmes, constipation, urines briquetées. Elle fut jugée hydropique. On lui fit la ponction par laquelle on lui tira quinze pintes de liqueur bourbeuse et puante. Les accidens se calmèrent, mais ils revinrent au bout de trois semaines avec une nouvelle tuméfaction du ventre. Cette fois, Ledran fit une incision à la ligne blanche au dessous de l'ombilic, et tira autant de liqueur de la même qualité. Une cannule fut mise dans la plaie. Le soulagement ne fut pas tel qu'on l'avoit espéré : au contraire, il survint de nouvaux accidens, comme délire et dégoût si affreux, que la malade ne pouvoit supporter que le vin d'Espagne, avec lequel seul on la soutint pendant trois semaines. Les écoulemens étoient séreux et bourbeux. On faisoit des injections détersives. Au bout de quelque temps, on vit sortir du véritable pus. Ledran jugea qu'une tumeur squirreuse qu'il avoit sentie dans le ventre, étoit tombée en fonte. Il ne se trompoit pas. Depuis cette époque, le pus est devenu de bonne qualité : il n'en sortoit plus qu'une cuillerée par jour. Cela a subsisté pendant deux ans que la malade ayant ôté sa cannule pour la nettoyer, ne put plus la remettre. Elle se trouva complètement guérie.

Ledran dit que de toutes les hydropisies enkistées qu'il a traitées par incision, celle-là est la seule qu'il ait vue parvenir à une entière guérison. Il en avoit donc traité plusieurs, et même un certain nombre. Que n'a-t-il parlé des autres? Quel succès en a-t-il obtenu? En comparant ces succès bons ou mauvais avec ceux de la ponction, on pourroit se décider pour l'une ou pour l'autre de ces opérations. Il est vraisemblable qu'il n'a pratiqué l'incision que dans les deux cas cités. Du reste, il est facile de juger de cette méthode. Si toutes les hydropisies enkistées avoient leur siège entre le péritoine et les muscles du ventre, ou dans les ovaires, et que le sac qui contient la liqueur fût par-tout adhérent au péritoine; si ces hydropisies étoient simples et non compliquées de scirrosités dont le nombre et la grosseur varient; si leurs parois étoient minces; si elles n'offroient qu'une cavité et qu'elles ne fussent pas partagées en un grand nombre de loges, ainsi que cela arrive très-ordinairement, on pourroit être tenté de les inciser. Mais il s'en faut de beaucoup que les circonstances soient aussi favorables. Il s'en forme dans l'épaisseur de tous les viscères du bas-ventre, et même dans la cavité de quelques-uns de ces viscères. Souvent le sac qui renferme les eaux n'a nulle adhérence avec le péritoine. Ce sac est ordinairement squirreux en différens

Jugement de la méthode de l'incision.

endroits. Plus ordinairement encore son épaisseur est fort considérable, et il est partagé en un grand nombre de loges dont les unes communiquent ensemble, pendant que les autres n'y communiquent pas, de sorte qu'on ne pourroit les ouvrir sans le plus grand danger. Il faut donc se contenter d'y faire la ponction: encore faut-il y être déterminé par des raisons pressantes, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Excision de l'ovaire proposée par Laporte et par Morand.

Outre l'idée d'inciser les hydropisies enkistées pour les vider, en faire suppurer et rapprocher les parois, et changer cette maladie en une fistule que l'on puisse regarder comme un cautère habituel, on a eu celle de faire l'excision des ovaires, quand ils sont le siége de l'hydropisie en question. Cette idée s'est présentée à Laporte. Morand l'a saisie avec une sorte d'avidité, et il a cherché à prouver que l'excision des ovaires pouvoit être tentée, puisqu'on la fait avec succès sur les oiseaux et sur quelques quadrupèdes. Il s'appuie de l'autorité de Félix Plater, de celle de Diemerbroeck, d'Alexandre *ab Alexandro*, d'Athénée, de Franknau et d'Hésichius. A la vérité il semble que Plater ait conseillé cette opération; mais Diemerbroeck la rejette absolument. Il dit que la plaie qu'il faudroit faire au ventre seroit dangereuse, qu'elle exposeroit à des hémorragies graves de la part des artères

Jugement de cette méthode.

artères spermatiques et autres, et que conséquemment l'excision des ovaires ne peut être conseillée sur des femmes, et qu'on doit non-seulement s'abstenir de semblables opérations, mais même les avoir en horreur. Il blâme à ce sujet Plater, qu'il reconnoît pour homme de sens et pour praticien habile.

Alexandre *ab Alexandro* parle de nations d'Arabie qui châtroient les femmes à l'exemple des Egyptiens. Athénée dit, après Xanthus, qu'Adramitès, roi de Libye, les faisoit aussi châtrer pour s'en servir comme d'eunuques. Hésichius et Suidas accusent Gigès de ce crime. Quand à Frànknau, il est possible qu'il ait vu une femme perdre un ovaire à la suite d'une plaie. Mais qu'en conclure? Peut-on dire que l'ovaire malade puisse être ôté comme quand il est sain? 1°. Il est souvent adhérent à toutes les parties voisines; 2°. ses vaisseaux se dilatent à mesure qu'il grossit, de-sorte que son extirpation exposeroit à des hémorragies dangereuses; 3°. il est quelquefois impossible de savoir d'une manière positive, si la maladie qu'on a à combattre est dans ce corps ou dans toute autre partie; 4°. souvent les deux ovaires sont malades en même temps, ce qui exigeroit deux opérations au lieu d'une; 5°. enfin, quel temps prendroit-on pour faire cette opération? Celui où la tuméfaction commence? On en est rarement averti, parce qu'il

y a peu d'incommodité. D'ailleurs, on ne sait si le mal continuera, ou s'il se bornera et s'il deviendra stationnaire. Prendra-t-on le temps où il est déjà très-avancé? Mais la grosseur de la tumeur augmente le danger, et ses adhérences, qui peuvent être nombreuses, rendroient l'opération impossible. Il faut donc perdre de vue ces projets, enfantés dans l'intention de se rendre utile, mais qui n'ont pas été assez médités.

Des Opérations relatives à l'Hydrocèle.

On donne le nom d'hydrocèle aux tumeurs aqueuses des bourses. Ces tumeurs sont de deux espèces ; ou l'eau est répandue dans les cellules du tissu graisseux ; ou elle est amassée dans une poche. Dans le premier cas l'hydrocèle est par infiltration ; dans le second elle est par épanchement.

Hydrocèle par infiltration.

Hydrocèle par épanchement.

Signes de la première.

Ces deux hydrocèles ont des signes qui les caractérisent. Celle qui est par infiltration prend des accroissemens assez rapides. Elle s'étend sur toutes les bourses, et quelquefois sur le pénis dont elle change les dimensions et dont elle altère la forme ; sa consistance est molle et pâteuse ; l'impression des doigts s'y conserve quelque temps. Le malade n'y éprouve qu'un sentiment de pesanteur et de tension sans douleur. La peau en est amincie. Elle perd ses rides

et devient lisse et en quelque sorte transparente. L'hydrocèle par épanchement, au contraire, croît d'une manière moins prompte. Elle est circonscrite. La forme en est oblongue. Elle présente, dans les commencemens, une rénitence telle, que souvent il est difficile de la reconnoître. Peu à peu ses dimensions augmentent. Le flot du liquide qu'elle contient se fait mieux sentir. Elle ne cause que de la pesanteur sans tension. Le malade n'y éprouve point de douleurs. La peau qui la couvre ne s'amincit ni ne perd ses rides. Le pénis conserve sa forme et ses dimensions. Cependant il se perd quelquefois sous les tégumens. Si on place une lumière d'un côté de la tumeur et qu'on regarde de l'autre, on s'apperçoit, en quelques occasions, qu'elle est transparente; enfin sa pesanteur ne répond pas au volume qu'elle présente. Signes de la seconde.

De l'Hydrocèle par infiltration.

L'hydrocèle par infiltration est idiopathique ou symptômatique, c'est-à-dire qu'elle ne dépend d'aucune autre maladie, ou qu'elle en est l'effet. Elle est idiopathique, ou symptômatique.

L'hydrocèle par infiltration idiopathique n'a guère lieu que chez les enfans nouveau-nés, soit qu'elle vienne de la pression à laquelle les bourses ont été exposées pendant l'enfan- L'hydrocèle par infiltration idiopathique.

tement, ou de l'irritation que les urines dont elles sont souvent baignées, exercent sur elles. On la guérit par des applications résolutives, telles qu'un mélange d'eau de chaux et d'eau-de-vie dans lequel on trempe des compresses, la vapeur des fleurs de benjoin reçue dans des morceaux de flanelle, ou de l'absinthe sèche réduite en poudre et mêlée avec de la craie dont on couvre des linges. Souvent aussi on parvient au même but par des soins de propreté.

L'hydrocèle par infiltration symptômatique.

L'hydrocèle par infiltration symptômatique peut dépendre de la présence d'une tumeur squirreuse dans le ventre, de l'hydropisie ascite ou enkistée, de l'anasarque ou de l'enflure œdémateuse des jambes et des cuisses. Elle peut être aussi occasionnée par une grande crevasse à l'urèthre, à raison de laquelle les urines se répandent et s'infiltrent dans le tissu des bourses. Celle qui est produite par cette dernière cause a des signes qui lui sont particuliers. Outre qu'elle a été précédée et accompagnée de difficultés d'uriner, et peut-être de blessure à l'urèthre par l'usage indiscret d'une sonde ou d'une bougie, elle croît promptement, canse une douleur vive, offre une rénitence qui n'est pas ordinaire aux autres hydrocèles, altère la couleur de la peau qu'elle rend jaunâtre et assez semblable à celle de la cire, se couvre de phlyctènes, et

se termine par la gangrène, si on ne procure une issue aux urines dont l'amas donne lieu à ses progrès.

On ne peut guérir l'hydrocèle par infiltration qu'en faisant cesser la cause qui la produit. Mais comme cette cause peut être longue et difficile à combattre, et que la grosseur à laquelle les bourses parviennent en quelques sujets, rend la maladie incommode, et peut faire craindre qu'elle n'ait de mauvaises suites, il faut tâcher de la borner, et même de la dissiper par les moyens connus. Ces moyens sont les fomentations toniques et résolutives, et lorsque le mal est considérable, des incisions, des mouchetures, ou des applications épispastiques. Moyens de guérison. Fomentations.

Les incisions ont été long-temps en usage. On les pratiquoit au nombre de deux sur les parties latérales des bourses, et parallèlement au raphé. On leur donnoit une étendue et une profondeur relatives au volume de la tumeur. Comme elles entamoient profondément le tissu cellulaire dont toutes les cavités communiquent ensemble, ces incisions procuroient des dégorgemens abondans. Souvent aussi, elles étoient suivies de gangrène, parce que les parties sur lesquelles on les faisoit avoient perdu leur ressort, et parce qu'elles étoient continuellement baignées par la sérosité qui y abonde de toutes les parties du voisinage. Incisions.

Cet inconvénient, auquel on remédioit avec des fomentions résolutives ou spiritueuses, ou en appliquant du styrax, et dans des cas plus urgens, de l'onguent ægyptiac mêlé en différentes proportions au digestif ordinaire, a fait préférer les mouchetures qui n'entament que l'épiderme et la surface de la peau. On les fait avec une lancette, et on les multiplie autant que cela paroît nécessaire, avec l'attention de ne pas y avoir recours lorsque la peau des bourses est érésipélateuse, comme cela arrive fréquemment, ou du moins de s'éloigner des parties enflammées lorsque l'érésipèle n'est que partielle. Autrement, on courroit le risque d'attirer une perte de sang capable d'effrayer ou d'affoiblir les malades.

Les mouchetures.

L'effet des mouchetures pour l'évacuation des eaux, est le même que celui des incisions. Mais elles n'en ont pas les suites fâcheuses. Seulement, comme elles se ferment promptement, on est dans la nécessité de les renouveller souvent, ce qui n'a rien d'incommode parce qu'elles causent peu de douleurs. On couvre les parties avec un linge blanc et fin, et elles guérissent d'elles-mêmes, sans le secours d'aucun topique. S'il y en a quelques-unes qui soient plus profondes que les autres, et qui suppurent, on y met des linges sur lesquels on a étendu du cérat.

Les vésicatoires.

L'application des vésicatoires sur l'hydro-

cèle par infiltration symptômatique, réussit quelquefois à faire sortir la sérosité qui donne lieu à cette maladie. Quelquefois aussi cette application est suivie d'eschares gangréneuses assez étendues; et cette raison doit leur faire préférer les mouchetures dont il vient d'être parlé.

Opération pour l'hydrocèle qui dépend de la crevasse de l'urèthre.

L'hydrocèle produite par l'infiltration des urines à l'occasion d'une grande crevasse à l'urèthre, exige des soins différens de ceux qu'on donne aux autres. On ne peut se dispenser de l'ouvrir par les incisions longues et profondes décrites plus haut, même aux risques de la gangrène qui est presque inévitable, eu égard à la nature du liquide infiltré. Il faut ensuite couvrir la partie avec les spiritueux et les anti-putrides les plus forts. Mais comme il est rare que dans ce cas, outre l'infiltration gangréneuse des bourses et même de la verge, l'urine ne se soit pas formé un foyer au voisinage du lieu où l'urèthre est ouvert, il faut examiner avec soin les bourses et le périné, pour découvrir ce foyer qu'on reconnoit à une dureté profonde et plus ou moins étendue, et pratiquer en ce lieu une grande ouverture, qui non-seulement permette à l'urine épanchée de s'évacuer, mais encore qui laisse sortir celle qui continue à s'échapper de l'urèthre. Sans cela, le mal ne cesseroit pas de faire des progrès d'autant plus rapides, que j'ai remar-

qué que, dans ce cas, les urines ne sortent pas des cellules du corps graisseux, comme le fait la sérosité dans les hydrocèles ordinaires, et que ce fluide leur donne un aspect semblable à celui du lard jaune et rance. Lorsqu'on est assez heureux pour remplir cette indication, et que le malade a résisté à un accident aussi dangereux, on profite du moment du dégorgement pour passer des bougies, ou, ce qui vaut mieux, pour mettre une sonde flexible dans l'urèthre afin de détourner les urines, et de les empêcher de passer par la plaie.

De l'Hydrocèle par épanchement.

Son siége.

L'hydrocèle par épanchement a presque toujours son siége dans la tunique vaginale. Cette poche dans laquelle le testicule est enfermé, comme le cœur l'est dans le péricarde, est continuellement humectée par la sérosité qui suinte de ses parois, et de la surface de la tunique albuginée. Si cette sérosité vient à être filtrée en plus grande quantité qu'à l'ordinaire, ou que les vaisseaux destinés à la repomper n'exercent pas bien leurs fonctions, elle s'amasse peu-à-peu, et donne lieu à la maladie dont il s'agit. Le testicule ne souffre pas de sa présence ; il y est suspendu tantôt plus haut, tantôt plus bas, ce qui vient de la

La manière dont le testicule y est suspendu.

manière dont la tunique vaginale prête à son extension. Lorsque c'est la partie supérieure de cette poche qui est la plus foible, le testicule occupe la partie inférieure de la tumeur : lorsque c'est l'inférieure, il en occupe la partie supérieure. Mais comme dans l'état naturel l'épididyme répond à son bord postérieur, et que la tunique vaginale est adhérente à ce corps, le testicule dont il fait partie est constamment en arrière.

Elle se forme autrement dans l'enfance.

L'hydrocèle de la tunique vaginale du testicule se forme toujours dans l'adulte, de la manière qui vient d'étre exposée. Dans les enfans, elle arrive quelquefois autrement. On sait que le testicule est situé dans le ventre du fœtus qui n'est point à terme, et qu'il ne sort souvent de cette cavité qu'après la naissance. Il est précédé et accompagné par un prolongement du péritoine qui lui tient lieu de tunique vaginale, et dans lèquel il est logé. Ce prolongement, assez semblable à un doigt de gant, communique avec l'abdomen, et se ferme quelque temps après, sans qu'on puisse dire par quel méchanisme. Si les intestins s'y introduisent avant ce temps, il en résulte une espèce de hernie particulière connue sous le nom de hernie de naissance, *hernia congenita*. De même, s'il s'y glisse de l'eau qui vienne du bas-ventre, et qui l'empêche de se fermer, il survient une hydro-

L'hydrocèle de naissance.

cèle qu'il faut aussi appeler hydrocèle de naissance, puisque elle diffère essentiellement de celle qui arrive à toute autre époque de la vie.

Ses signes.

En effet, cette tumeur est plus ou moins grosse ou tendue, suivant que le malade est debout ou couché. Elle disparoît par la pression, parce que l'eau remonte dans le ventre. Quelquefois, il faut que cette pression soit faite avec art et continuée long-temps, parce que l'ouverture qui reste au haut du sac est fort petite.

On en doit la connoissance à Viguerie, de Toulouse.

Personne avant le C.en Viguerie, chirurgien à Toulouse, n'avoit parlé de cette espèce d'hydrocèle qu'il a fait connoître dans un mémoire adressé à l'Académie de chirurgie, dans lequel il indique les signes qui l'annoncent, et les moyens qu'il faut employer pour la guérir.

Moyens de guérison.

Ces moyens consistent à faire rentrer l'eau dans le ventre par une pression méthodique, et à l'y retenir avec un brayer dont la pelotte porte exactement sur l'anneau. Bientôt la nature ferme l'ouverture du prolongement du péritoine qui donne naissance à la tunique vaginale, comme elle l'auroit fait sans l'obstacle qui s'y oppose, et le malade se trouve débarrassé de son incommodité. Viguerie rapporte plusieurs exemples de guérison qu'il a obtenus par ce procédé. Un de ses élèves, résidant alors à Paris, en a opéré une sous mes yeux il y a quelques années, sur un jeune enfant de six à sept ans qui avoit une hydro-

cèle de cette espèce, et en qui elle a disparu en assez peu de temps.

Le cordon spermatique est aussi quelquefois le siége de l'hydrocèle par épanchement. Ce n'est pas que ce cordon soit enfermé dans une gaîne dans laquelle l'eau puisse être retenue. Mais le tissu qui lie les vaisseaux dont il est composé est fort lâche, et il présente des cellules beaucoup plus grandes que celles qui se rencontrent ailleurs. S'il vient à s'amasser de la sérosité dans une ou plusieurs de ces cellules, il en résulte une tumeur de forme alongée qui s'élève de bas en haut, et jusque dans le ventre, en passant à travers l'anneau, et au bas de laquelle on distingue aisément le testicule. Lorsqu'il n'y a qu'une cellule de dilatée, la fluctuation se fait sentir de la partie supérieure de cette tumeur à l'inférieure, et sa surface est lisse. Lorsqu'il y en a plusieurs, le flot du liquide épanché est moins sensible, et la tumeur est comme partagée par plusieurs espèces d'enfoncemens. Cette hydrocèle a été regardée par quelques-uns comme une maladie assez commune. Ils ont cru qu'elle s'ouvroit quelquefois dans la tunique vaginale, par la rupture d'une cloison qu'ils ont supposée entre cette tunique et la gaîne du cordon spermatique. D'autres en ont nié la réalité, parce qu'à proprement parler le cordon n'a point de gaîne. Les faits qui la constatent

L'hydrocèle par épanchement a quelquefois son siége le long du cordon spermatique.

Ses signes.

Quand elle n'a qu'un foyer.

Quand elle en a plusieurs.

ont trop d'évidence pour qu'il soit possible de la révoquer en doute.

Hydrocèle par épanchement sous la tunique albuginée.

On voit enfin des amas d'eau se former au dessous de la tunique albuginée. L'espèce d'hydrocèle qui en résulte est toujours la suite d'un dérangement d'organisation dans le corps même du testicule, et elle n'a guère lieu que lorsque cet organe est en même temps squirreux, ce qui constitue l'hydro-sarcocèle. On en trouve des exemples dans les auteurs. J'en ai plusieurs fois rencontré dans la pratique. J'ai entre autres donné long-temps des soins à un malade qui étoit dans ce cas. Le testicule étoit fort gros et d'une dureté considérable. Il y avoit à la partie antérieure de la tumeur qu'il formoit, une poche qui en faisoit à-peu-près le tiers, et que je vidois de temps en temps avec le trois-quarts, pour procurer du soulagement dans une maladie qui n'étoit pas susceptible de guérison, attendu l'engorgement du cordon spermatique, qui s'étendoit jusque dans le ventre.

On a cru qu'elle pouvoit avoir son siége en d'autres endroits.

Outre les endroits dont il vient d'être parlé, plusieurs ont pensé que l'hydrocèle par épanchement pouvoit avoir son siége entre le scrotum et le dartos, entre le dartos et le crémaster, entre le crémaster et le cordon spermatique. Il n'est pas impossible qu'il se fasse une collection d'eau dans une des cellules du tissu qui lie ces parties entre elles ; mais

pour l'ordinaire, ce fluide passe d'une de ces cellules à l'autre en formant une véritable infiltration. L'expérience d'ailleurs n'a pas prononcé sur la réalité de ces hydrocèles comme sur celles qui ont leur siége dans la tunique vaginale, ou qui sont situées le long du cordon spermatique ou au dessous de la tunique albuginée. Aussi ces dernières sont-elles les seules qui soient généralement admises.

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut être traitée d'une manière palliative, ou d'une manière radicale.

Guérison palliative ou radicale.

La cure palliative consiste à vider de temps en temps la tumeur par une ponction qui peut être faite avec le trois-quarts ou avec la lancette.

Palliative, en faisant la ponction avec le trois-quarts, ou avec la lancette.

Quel que soit l'instrument qu'on emploie, il faut tendre les tégumens pour les percer avec plus de facilité, et prendre garde de ne pas les ouvrir à l'endroit où répondent les vaisseaux sanguins, de peur d'exciter une hémorragie extérieure, ou de donner lieu à un amas de sang dans le sac de l'hydrocèle, ce qui formeroit une hématocèle. Lorsqu'on fait usage du trois-quarts, on le plonge de bas en haut, et de manière à s'éloigner du testicule dont on a bien étudié la position. Le défaut de résistance fait connoître qu'on est parvenu dans le sac. On retire le poinçon et on laisse écouler l'eau. Il ne reste plus qu'à

Avec le trois-quarts.

ôter la cannule, ce qui se fait aisément en plaçant le pouce et le doigt indicateur de la main gauche sur les côtés de l'ouverture pour les soutenir; après quoi on couvre les bourses avec une compresse trempée dans du vin ou dans de l'eau de vie chaude, et on met un suspensoir par dessus. Pour prévenir les difficultés qu'on éprouve quelquefois en perçant l'hydrocèle avec le trois-quarts ordinaire, on a imaginé depuis peu de donner à cet instrument une forme applatie. Bell veut même que dans le cas où des raisons particulières déterminent à faire la ponction sans que le sac soit suffisamment distendu, on commence par inciser les tégumens avec le talon d'une lancette, dans une étendue d'un demi pouce seulement; et il dit qu'en opérant de cette manière, la pointe du trois-quarts entre avec plus d'aisance, et qu'on est moins exposé à blesser le testicule.

Trois-quarts de forme plate.

Bell veut qu'on incise les tégumens avant d'introduire le trois-quarts.

Avec la lancette.

Lorsqu'on se sert de la lancette, on laisse sortir l'eau sans cesser de soutenir la tumeur, pour que la peau ne change pas de situation, et que la liqueur ne s'infiltre pas dans le tissu cellulaire, au lieu de se porter au dehors. On éviteroit cet inconvénient, si on faisoit une ouverture assez grande pour y placer une cannule. Le trois-quarts est d'un usage si simple et si facile, qu'il doit presque toujours être préféré. Lorsque l'eau est en petite quan-

tité et qu'on craint d'atteindre le testicule, il vaut mieux se servir de la lancette qui entre sans effort, et qu'on ne craint pas de porter trop avant.

L'hydrocèle se dissipe quelquefois spontanément.

Cas rapporté par Bertrandi.

L'hydrocèle de la tunique vaginale par épanchement se dissipe quelquefois d'une manière spontanée. Bertrandi en rapporte un exemple. Un homme de soixante ans qui avoit une hydrocèle de cette espèce, s'étant livré à des excès de boisson et se trouvant pressé par un grand besoin d'uriner, fut surpris de trouver que sa verge étoit excessivement grosse et molle. Ses bourses étoient également infiltrées, mais la tumeur qu'elles renfermoient avoit entièrement disparu. Cet état continua quelques jours, au bout desquels le gonflement œdémateux des parties naturelles s'étant dissipé insensiblement, l'hydrocèle revint comme auparavant. J'ai vu quelque chose de semblable sur un homme dont j'ai pris soin long-temps. Il avoit une hydrocèle que je lui avois vidée plusieurs fois par la ponction. Un rhume violent dont il fut attaqué lui fit faire des efforts si considérables, qu'il lui survint une infiltration prodigieuse aux bourses et à la verge, et que son hydrocèle se réduisit à rien. Lorsque le rhume fut guéri, l'enflure œdémateuse des parties naturelles se dissipa, et l'hydrocèle reparut. J'y fis la ponction quelque temps après. Il en sor-

Cas observé par l'Auteur.

tit des eaux rougeâtres et sanguinolentes. Cette tumeur ne s'est pas remplie depuis, et le malade a été totalement guéri.

Guérison radicale de l'hydrocèle. On l'obtient par six procédés.

On parvient à la guérison radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale par six procédés différens, qui sont l'incision, l'excision et la cautérisation du sac, l'usage du séton, celui de la tente, et les injections.

1°. L'incision, recommandée par Celse et Paul d'Egine.
Comment on doit la pratiquer.

L'incision est une des méthodes les plus anciennement recommandées. On la trouve décrite dans Celse et dans Paul d'Egine. Elle consiste à ouvrir le sac dans toute son étendue. Pour la pratiquer, on saisit la tumeur de la main gauche, de manière à tendre les tégumens qui la couvrent. Ces tégumens sont coupés de haut en bas avec un bistouri convexe: on fait ensuite une légère ouverture à la partie supérieure du sac pour pouvoir y introduire un ou deux doigts, et on achève de l'inciser avec un bistouri boutonné.

Le pansement qu'elle exige.

Si, après avoir opéré ainsi, on couvroit le testicule avec ses propres tégumens sans rien interposer entre eux, ils contracteroient ensemble des adhérences partielles, avant que l'inflammation fût parvenue au dégré désiré, et il se formeroit des vides où le pus pourroit être retenu pendant la cure, et dans lesquels l'eau pourroit s'amasser de nouveau, et donner lieu au renouvellement de la maladie. Il faut donc, après avoir fait rentrer le testicule

dans

dans le sac d'où il s'échappe souvent, le couvrir de côté et d'autre avec un plumaceau de charpie fine qui soit mince et sans nœud, ou avec un morceau de linge fin qui déborde la plaie, et qui puisse se replier sur ses bords. Un plumaceau ou un morceau de linge plus grand enveloppe le tout, et les bourses sont enfermées dans un suspensoire.

Moyen pour assurer la guérison.

L'opération achevée, le malade est remis dans son lit, et il doit observer un repos absolu. Si le gonflement devient considérable, il faut saigner et avoir recours aux émolliens, aux relâchans, aux délayans et aux narcotiques, sans oublier les cataplasmes et les bains. Si au contraire l'inflammation est médiocre, on n'applique des cataplasmes que le quatrième jour, et on attend que la suppuration s'établisse. Il se fait d'abord un suintement séreux. Le véritable pus ne commence à couler que le douzième jour. On ôte alors les plumaceaux ou les linges dont le testicule a été couvert. D'autres plumaceaux secs appliqués seulement à l'extérieur, leur sont substitués. Les bords de la plaie s'affaissent, le gonflement diminue, et la cure est complète en quatre ou cinq semaines.

Elle est quelquefois suivie de la crevasse du testicule.

Il arrive quelquefois que cette cure est traversée par des accidens bien graves. On a vu la fièvre s'allumer, des douleurs vives se répandre dans les reins et dans le ventre, le testicule acquérir

un volume énorme, enfin ce corps se rompre et laisser échapper une partie de sa propre substance sous la forme d'une bouillie grisâtre et inorganique, mais dans laquelle on distinguoit aisément les filamens qui constituent ses tuyaux séminifères. Il a été reconnu que le plus sûr moyen pour s'opposer à la perte entière de cet organe, est d'éviter l'usage des cathérétiques qui augmentent l'irritation et les douleurs, et qui peuvent le faire devenir carcinomateux. Des pansemens simples, au contraire, et l'usage des antiphlogistiques ramènent le calme, et bientôt des boutons charnus prennent la place de la substance dont il s'agit, et vont s'unir à ceux qui s'élèvent des parties extérieures. On a vu aussi

De sa dénudation.

les tégumens se retirer de dessus le testicule et le laisser à nu. Monro a rencontré un cas de cette espèce. Les membranes n'ayant pu être ramenées, le testicule s'exfolia, et il se couvrit d'une pellicule qui tint lieu des tégumens.

D'hémorragie.

Enfin il peut survenir de l'hémorragie. Pott en cite un exemple, mais le malade n'étoit pas assez bien disposé pour être opéré, et on eut mieux fait de le laisser avec son hydrocèle, que de l'exposer à perdre la vie, comme cela lui est arrivé. En général il ne faut entreprendre la cure radicale de cette maladie que sur des personnes encore jeunes et bien constituées. Lorsqu'elles sont foibles

ou avancées en âge, lorsque leur teint est jaune ou plombé, lorsqu'elles sont sujettes à des douleurs de rhumatisme, lorsque leur hydrocèle est la suite et l'effet d'un gonflement squirreux au testicule, lorsque cet organe est douloureux et que le cordon spèrmatique est tuméfié et noueux, il faut se contenter de vider de temps en temps la tumeur par la ponction, et oublier qu'il existe des procédés au moyen desquels on puisse en obtenir la cure radicale.

2°. L'excision décrite par Celse, Albucasis, Fallope.

La méthode de l'excision est aussi ancienne que celle de l'incision. Celse, Albucasis et Fallope l'ont décrite avec beaucoup d'exactitude. Néanmoins il n'en est plus parlé que dans les auteurs modernes. Sans doute elle n'a pas été bien comprise, ou bien on a jugé qu'elle étoit trop laborieuse et trop cruelle. Saviard l'a mise en usage. Medalon guidé par la force de son génie, l'a conseillée comme un excellent procédé dans le cas où la tunique vaginale est endurcie et comme squirreuse. Enfin Douglas a avancé que c'étoit la seule à laquelle on dût avoir recours lorsqu'on est obligé de se servir de l'instrument tranchant. Sa méthode est celle-ci. Tout étant disposé comme il convient, on incise la peau du scrotum de manière à former un lambeau ovale dont le grand diamètre s'étend de haut en bas. Ce lambeau est disséqué et emporté,

Employée par Saviard, conseillée par Médalon.

Enfin adoptée par Douglas.

Sa méthode.

après quoi on incise le sac dans toute son étendue. Les eaux écoulées, on le détache d'avec la peau, et lorsqu'il est isolé, on le coupe avec des ciseaux. Il faut que la tunique vaginale soit extirpée en entier, jusqu'au bas du cordon spermatique. Pendant tout ce temps, un aide soutient le testicule. L'opération achevée, ce corps est replacé en son lieu, et les bords de la plaie sont ramenés l'un vers l'autre. Le pansement consiste à remplir la cavité avec de la charpie sèche, et à mettre par-dessus un plumaceau chargé de digestif. Toute l'étendue du scrotum est couverte d'un cataplasme émollient que l'on contient avec un bandage convenable.

Le morceau de peau ovale doit être disséqué et coupé avant l'ouverture du sac; car quand les eaux s'écoulent, on ne voit pas aussi bien ce qu'il faut faire. C'est à l'expérience que Douglas est redevable de cette pratique. Ayant opéré pour la première fois sans cette précaution, il s'apperçut qu'il avoit laissé la plus grande partie du sac. La cure fut laborieuse. Les lèvres de la plaie se renversèrent en dedans, et empêchèrent d'avoir un libre accès dans la tumeur. Il fallut les tenir écartées, ce qui fut douloureux et retarda beaucoup la cure.

Inconvéniens. On a objecté contre cette manière d'opérer qu'elle est longue et fatiguante, parce que

le sac est étroitement collé aux tégumens et qu'il faut beaucoup de temps pour les séparer. Mais cette séparation se fait assez aisément avec les doigts, pour qu'il ne soit pas nécessaire de se servir de l'instrument tranchant. Peut-être, cependant, abrégeroit-on beaucoup l'opération, si on n'ouvroit le sac que lorsqu'elle est entièrement achevée ; car il me paroît plus facile d'inciser ou de disséquer le tissu cellulaire qui unit deux parties, lorsque l'une d'elles est ferme et solide, que lorsqu'elles sont lâches toutes deux, comme celles dont il s'agit ici le sont, après que les eaux se sont écoulées. On a dit aussi qu'il étoit peut-être dangereux de multiplier les incisions sur une membrane aussi sensible que la tunique vaginale, et d'exposer la tunique albuginée à l'action de l'air et à celle des médicamens. Mais la première de ces membranes a peu de sensibilité, et la seconde est également mise à nu dans la méthode de l'incision.

Il vaut mieux achever de séparer le sac d'avec les tégumens avant de l'ouvrir.

Si celle de l'excision est sujette à quelques inconvéniens, ils se trouvent compensés par beaucoup d'avantages. La fièvre symptomatique dont elle est suivie est moindre ; les pansemens sont simples, et se réduisent à couvrir la totalité de la plaie avec de la charpie sèche ; la cure en est plus prompte, et la récidive impossible, ce dont on ne peut se flatter en suivant toute autre méthode, puis-

Avantages.

qu'il n'y en a aucune qui procure la chûte ou la séparation totale du kiste, comme celle-ci.

Le Traité de Douglas a paru en 1755.

Douglas ne l'avoit encore pratiquée que sur six personnes de différens âges, lorsqu'il la publia dans son Traité sur l'hydrocèle, imprimé en 1755, et le succès en avoit été constant. Mais depuis ce temps on doit en avoir multiplié les épreuves, car son procédé a été adopté par les praticiens les plus éclairés de sa nation. Il a aussi été mis en usage en

Son procédé adopté par Imbert, avec quelques différences.

France. C'est celui que suit un chirurgien à qui ses succès en ce genre ont acquis une réputation distinguée. Il est vrai qu'il n'emporte pas de lambeau des tégumens, qu'il ne retranche qu'une portion de la tunique vaginale, et qu'il recommande comme une chose essentielle de couvrir la totalité du testicule avec des plumaceaux minces, de manière qu'il n'y ait aucun vide entre ce corps et ce qui reste de la tunique vaginale. Mais la soustraction de la partie antérieure et inférieure de cette tunique est une méthode qui est trop analogue à celle de Douglas, pour qu'on puisse la regarder comme un procédé particulier ou nouveau.

3°. La cautérisation.

On ne s'est pas toujours contenté de fendre l'hydrocèle dans toute sa longueur, afin d'exciter dans le sac qui contient les eaux une suppuration qui lui fît contracter des adhérences avec le testicule, ou d'extirper cette mem-

brane de peur qu'il ne s'y fît de nouveaux amas de sérosités. Quelques-uns ont conseillé de l'ouvrir avec le cautère actuel ou potentiel. Mais ces moyens n'ont pas toujours été employés dans les mêmes vues. Au lieu de s'en servir comme de l'instrument tranchant, on a pensé qu'il suffisoit d'appliquer sur l'hydocèle ce qu'il faut de caustique, pour y pratiquer une ouverture médiocre au moyen de laquelle on évacuât les eaux, et l'on excitât dans le sac une inflammation et une suppuration qui en produisissent le dégorgement, et qui en favorisassent les adhérences avec le testicule. Guy de Chauliac est le premier qui parle de cette manière d'employer le caustique. Plusieurs en ont fait mention après lui. Elle s'est conservée en Angleterre, où on s'en sert depuis long-temps dans l'hôpital de S. Thomas avec le plus grand succès, sans qu'on sache qui l'y a introduite. Else, chirurgien en chef de cet hôpital, en a donné une fort bonne description dans un Traité qu'il a publié à ce sujet. En voici le précis.

Avec le cautère actuel ou potentiel.

Guy de Chauliac a proposé de n'appliquer le caustique que sur un point.

Procédé suivi dans l'hôpital de S. Thomas, et décrit par Else.

Il faut mettre sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur un caustique propre à former une eschare de la largeur d'une pièce de douze sols. La disposition lâche et pendante des bourses rend l'application du bandage si difficile, qu'on a peine à empêcher que le remède s'étende un peu. C'est pourquoi

En quoi il consiste.

R iv

il vaut mieux en employer moins que plus ; car souvent il donne lieu à une eschare de la largeur d'un demi-écu. L'intention qu'on doit se proposer est qu'il pénètre, s'il est possible, jusqu'à la tunique vaginale : ainsi la durée de son application doit répondre à son activité connue, et à l'épaisseur qu'on croit que cette membrane peut avoir acquise.

Lorsqu'on lève le caustique, il faut mettre sur l'eschare un digestif ou un cataplasme émollient. Les bourses sont enfermées dans un suspensoire, et le malade est retenu au lit, quoique cette circonstance puisse être omise sans le moindre risque. Le malade commence quelquefois à sentir des douleurs aux bourses, aux reins et au ventre, et à avoir le pouls dur et la langue blanche immédiatement après. Quelquefois ces accidens n'arrivent qu'au bout de vingt-quatre heures, et quelquefois au bout de deux ou trois jours seulement. On s'apperçoit à différens temps, mais pour le plus souvent vingt-quatre heures après la levée du caustique, d'un changement dans les bourses, qui deviennent dures et tendues; mais on sent que la tunique vaginale est la seule partie où ces changemens arrivent, et et que les tégumens n'y sont pour rien.

Il est rare que la douleur et la fièvre durent plus d'un ou deux jours, et pour l'ordinaire ces accidens sont assez peu considérables pour

n'exiger aucun traitement. Cependant, si la partie étoit plus élevée qu'à l'ordinaire, que les coliques et les douleurs dans les reins se fissent sentir avec violence, il faudroit faire une ou deux saignées, et prescrire des lavemens anodins. Lorsque ces accidens sont dissipés, le malade n'a plus besoin d'être retenu au lit, et on peut lui permettre de marcher dans sa chambre, pourvu qu'il ait soin de porter un suspensoire. L'escharc se dessèche et tombe en peu de jours, de sorte que la tunique vaginale paroît à découvert. Cette tunique porte des marques de l'impression que le caustique a faite sur elle, et semble prête à s'exfolier. Le flot du liquide que la tumeur contient est très-sensible lorsqu'on appuie dessus.

Quelque temps après, la tunique vaginale se porte vers l'ouverture des tégumens où elle fait saillie. Lorsqu'on voit qu'elle est prête à s'ouvrir, on y fait une ponction avec une lancette. Le seul avantage qui en résulte est de soulager le malade de la pesanteur de la tumeur qui s'affaisse par degrés, et dont l'entrée se trouve remplie d'escharcs et de lambeaux qui empêchent l'accès de l'air dans son intérieur. Ces eschares et ces lambeaux sortent à chaque pansement, pendant cinq à six semaines. Pendant ce temps le scrotum diminue de volume et perd de sa dureté.

Lorsqu'il est dégorgé la cicatrice commence. Sa largeur est à-peu-près égale à celle du bout du doigt. Elle tient fort au testicule qui ne se montre pas pendant la cure, et sur lequel il n'est pas nécessaire de faire d'applications immédiates.

Ce qui en résulte.

Les circonstances qui viennent d'être exposées prouvent que le caustique employé comme il a été dit, excite dans la tunique vaginale une inflammation qui se communique à toute son étendue, et qui se termine par une suppuration putride accompagnée d'eschares, de sorte que si, comme on ne peut en douter, la tunique vaginale est l'organe qui filtre et qui contient le fluide que renferme cette hydrocèle, il est impossible qu'elle se reproduise. On ne recommande l'application du caustique sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur, que pour la liberté et la facilité des écoulemens. Si des circonstances particulières obligeoient de le mettre ailleurs, la réussite ne seroit pas moins heureuse.

Manière de se servir du caustique chez les enfans.

Dans les enfans au-dessous de quinze ans chez qui la peau et la tunique vaginale sont minces, on peut se dispenser de mettre un caustique à demeure. Il suffit de prendre un morceau de pierre infernale, d'en humecter le bout, et d'en frotter la partie inférieure et antérieure de la tumeur dans une largeur d'une pièce de six sols, et de continuer jusqu'à

ce qu'il se soit fait une eschare. Le testicule grossit plus ou moins. On le fomente avec des décoctions, ou on le couvre avec un cataplasme émollient. Quand la tunique vaginale se montre, si elle est mince, il suffit de la percer avec une lancette; si elle est épaisse, on peut la frotter avec le même caustique. L'eau s'écoule goutte à goutte, et les choses se passent comme il a été dit ci-dessus.

Il ne réussit pas toujours.

La méthode du caustique est sujette à un inconvénient assez remarquable. Elle ne réussit pas toujours. Si la peau est épaisse, et que l'action du remède ne s'étende pas jusqu'à la tunique vaginale, on ne doit rien attendre de son application. Il ne faut cependant désespérer du succès que lorsque l'eschare des tégumens est entièrement desséchée, car on a vu souvent la tunique vaginale s'enflammer et se tendre, quoique le caustique n'eût agi que sur la surface extérieure de cette membrane. S'il n'en est pas ainsi, et qu'il n'arrive aucun changement dans la tumeur, on fait une nouvelle application du caustique, ou on a recours à un autre procédé.

4°. Le séton.

Ce seroit envain qu'on chercheroit dans les anciens des vestiges de l'usage du séton pour la cure radicale de l'hydrocèle. Ce moyen imaginé par les Arabes, n'a pu être appliqué à la maladie dont il s'agit, que depuis le temps où ils ont écrit. Aussi n'en est-il fait mention

pour la première fois que dans Guy de Chauliac dont l'ouvrage a été achevé en 1363. Plusieurs en ont parlé depuis, mais il n'a pas été généralement admis. Le jugement peu avantageux que les auteurs modernes en ont porté n'a pas empêché Pott d'en essayer l'usage. Les fréquentes épreuves qu'il avoit faites de la méthode de Monro d'irriter le sac avec l'extrémité de la cannule du trois-quarts, ont beaucoup servi à l'y déterminer, parce qu'il a observé dans un grand nombre de cas, qu'on ne court aucun risque de porter et de laisser un corps étranger dans la tunique vaginale. Il a profité des occasions que lui donnoit son exercice de chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Barthélemi. Le premier procédé qu'il a employé étoit celui-ci. Après avoir percé l'hydrocèle avec un trois-quarts de médiocre grosseur, et en avoir tiré l'eau, il introduisoit dans la cannule un stylet mousse, et garni à son extrémité d'un séton composé de dix à douze brins de coton. Il poussoit le stylet à travers la sonde jusqu'à la partie supérieure du sac, et faisoit sur l'extrémité mousse de cet instrument une incision suffisante, pour qu'il pût aisément être poussé en dehors avec le séton qu'il traînoit après lui. Ensuite il coupoit ce séton tout près du stylet, et il en nouoit les deux bouts d'une manière très-lâche. Les plaies étoient couvertes avec de petits plu-

Décrit pour la première fois dans Guy de Chauliac, dont l'ouvrage a été achevé en 1363.

Adopté par Pott.

Son premier procédé.

maceaux. Dès le lendemain le séton avoit contracté des adhérences si fortes dans son trajet, que l'on auroit fait beaucoup de douleur au malade si on avoit voulu le détacher. Mais cela auroit été inutile, parce que le malade n'étoit pas incommodé de sa présence.

Quatre jours après l'opération, le scrotum et le testicule commençoient à se gonfler et à s'enflammer. Alors Pott faisoit saigner le malade une ou deux fois. Il lui procuroit quelques selles au moyen d'un minoratif, et enveloppoit la partie avec un cataplasme émollient soutenu par un suspensoire. La maladie, à cette époque, ressembloit à une large hernie humorale, et elle étoit traitée de la même manière, c'est-à-dire, avec des fomentations et des cataplasmes relâchans. L'adhésion du séton continuant d'être forte, on n'y touchoit pas qu'elle ne fût devenue moindre, et que l'inflammation ne fût dissipée au point de permettre à la tumeur de diminuer beaucoup, ce qui n'arrivoit guère avant quinze jours. Pendant ce temps, le testicule et la tunique vaginale contractoient des adhérences mutuelles. Alors on retiroit le séton et on pansoit les plaies avec des plumaceaux légers.

Pott a plusieurs fois employé cette méthode sur des sujets de différens âges parmi lesquels il y en avoit de plus de cinquante ans. Il a vu

qu'elle n'exigeoit pas que les malades gardassent le lit au-delà de quelques jours, après quoi ils pouvoient se tenir sur une chaise longue jusqu'à la fin de la cure, qui pour l'ordinaire étoit accomplie en trois semaines ou en un mois; et pendant ce temps, il n'étoit pas nécessaire qu'ils observassent d'autre régime que celui que demanderoit une inflammation de ces parties, produite par toute autre cause. Cependant l'usage a appris à Pott que ce procédé pourroit être corrigé et perfectionné. Il a trouvé qu'il étoit difficile d'inciser sur l'extrémité du stylet qui porte le séton, et que cela exigeoit le secours d'une autre personne, ce qui est très-incommode. Il a remarqué que le séton glissoit difficilement, et qu'en frottant sur la tunique albuginée, il causoit de la douleur. D'ailleurs il adhère trop long-temps, et d'une manière trop forte. L'union intime des brins de coton les uns avec les autres ne permettoit pas de les retirer autrement que tous ensemble, ce qui exigeoit beaucoup de temps en quelques occasions, et même il s'est présenté deux cas où il a fallu faire de petites incisions pour l'ôter tout-à-fait.

Second procédé de Pott.

Il consiste à employer un trois-quarts de

Ces inconvéniens l'ont engagé à changer de procédé. Les instrumens dont il se servoit en dernier lieu sont au nombre de trois. Le premier est un trois-quarts dont la cannule a

quatre lignes de diamètre. Le second est une autre cannule d'argent. Sa longueur est de cinq pouces, et sa grosseur telle qu'elle peut aisément passer à travers la cannule du trois-quarts. Le troisième est une sonde longue de six pouces et demi, garnie d'un côté d'une pointe d'acier semblable à celle d'un trois-quarts, et de l'autre d'une ouverture propre à recevoir le séton. Celui-ci est fait de grosse soie blanche à coudre, dont on a rassemblé un assez grand nombre de brins, pour former une mèche qui réponde à la cavité de la seconde cannule, et qui la remplisse. On perce la partie antérieure et inférieure de la tumeur avec le trois-quarts, comme dans la ponction palliative. Aussitôt que les eaux sont écoulées, et qu'on a retiré le poinçon, on pousse la cannule du séton dans la première cannule, jusqu'à ce qu'on ait atteint la partie supérieure de la tunique vaginale, et qu'on la sente vers le haut du scrotum. Cette première opération faite, on passe la sonde garnie du séton à travers cette seconde cannule, on perce la tunique vaginale, et les tégumens de dedans en dehors, et on place le séton. On retire ensuite les deux cannules. Toute l'opération se fait en deux ou trois secondes, et la douleur qu'elle occasionne n'est guère plus vive que celle d'une ponction ordinaire.

gros calibre, une cannule, et une aiguille terminée en pointe de trois-quarts.

Le procédé qu'on vient de décrire a tous

Il est plus facile.

les avantages du premier et n'en a pas les inconvéniens.. La solidité de la cannule fait qu'on peut appuyer l'extrémité de cet instrument où on veut, et que la peau est percée avec facilité. D'ailleurs, le séton qui glisse le long de la cannule, ne blesse pas les parties et n'exerce aucun frottement sur elles.

Les accidens dont cette manière de placer le séton est suivie, sont à peu près les mêmes que ceux qui résultent de la première, et demandent les mêmes secours. Lorsque le gonflement est diminué, et que les parties sont revenues à leur état naturel, ce qui arrive le dix ou le douzième jour, on commence à ôter le séton en enlevant quatre, cinq ou six brins de soie à chaque pansement. Ces pansemens consistent à mettre un léger plumaceau sur chaque orifice tant qu'ils continuent à être ouverts, et un cérat discussif, tel que celui de Saturne, sur les bourses. L'écoulement de matières qui se fait par ces ouvertures est peu abondant et de peu de conséquence. La tunique vaginale ne souffre pas d'exfoliation. Elle reste entière, et la cure est complète par son adhésion à la tunique albuginée.

Pott a employé ce dernier procédé sur un grand nombre de sujets de tout âge, depuis six ans jusqu'à soixante et au-delà. Quelques-uns même avoient une hydrocèle de chaque côté, et quoiqu'elles aient été opérées toutes

dans

dans un même temps. Jamais il n'en est résulté de fâcheux symptômes, et les malades n'ont pas couru le moindre risque. Pott assure qu'elle a été suivie des plus grands succès.

Procédé de Roe, d'Edimbourg.

Depuis qu'il a publié la dissertation dans laquelle il parle de cette manière de placer le séton, Roe, chirurgien d'Edimbourg, en a imaginé une autre qu'il croit plus sûre et plus facile. La voici. Il commence par pincer la peau vers la partie supérieure de la tumeur, et il y fait une petite incision. Il en fait une autre à sa partie inférieure; ensuite, prenant une lancette à ouvrir les abcès, il perce la tunique vaginale vis-à-vis l'incision supérieure des tégumens. Pendant que les eaux s'écoulent il pousse dans le sac, et jusque vis-à-vis l'incision inférieure, une sonde creuse dans laquelle est enfermé un stylet pointu qu'il en fait sortir pour percer le sac de dedans en dehors. Comme la ponction qu'il y fait ne suffiroit pas pour laisser passer le séton, ce stylet est cannulé vers sa pointe aussi bien que la sonde qui le renferme, afin de diriger un bistouri avec lequel on fait l'ouverture inférieure du sac aussi grande qu'on le juge à propos. On retire alors le stylet pointu de dedans la sonde, et on y substitue une aiguille courbe armée d'un séton, que l'on fait entrer dans l'extrémité inférieure de cet instrument.

Ce chirurgien fait deux incisions.

Il perce de haut en bas avec un stylet pointu enfermé dans une cannule.

Ce procédé diffère de celui de Pott par une circonstance qui me paroît bien essentielle dans le traitement. Le séton n'est point transmis à travers de simples ponctions faites avec le poinçon d'un trois-quarts, mais à travers des plaies pratiquées à la partie supérieure et et à la partie inférieure de la tumeur; et si le séton attiroit de la suppuration au dedans du sac, elle trouveroit une issue libre. Pott assure qu'il n'a jamais vu arriver d'accidens par l'usage du séton; et puisqu'il ne parle pas de la suppuration, on peut croire qu'il ne l'a jamais vue survenir dans les cures nombreuses qu'il a faites. Je ne puis cependant m'empêcher de regarder cet événement comme possible, d'après les épreuves de la méthode du séton qui me sont personnelles. Deux de mes malades ont rendu beaucoup de pus par leurs plaies, et il leur est survenu des abcès assez considérables dans l'épaisseur des bourses. Un autre, jeune encore, à qui j'avois placé un séton, n'en éprouva aucune incommodité. L'adhérence que le séton avoit contractée avec le sac étoit telle, que je fus obligé de le tirer de force, plus de vingt-cinq jours après l'avoir introduit. Son effet s'est borné à coller fortement ensemble les tuniques vaginale et albuginée, dans le trajet qu'il avoit parcouru. L'hydrocèle est revenue. Un autre séton placé plus en dehors a excité une inflammation et

Il est plus avantageux en ce qu'on fait deux incisions.

Il dit qu'il ne survient pas de suppuration.

L'Auteur en a vu dans deux cas.

Dans une autre occasion le séton est demeuré très-adhérent, et n'a pas guéri.

Il en a fallu un second.

une suppuration médiocres qui ont amené la guérison.

5°. La tente.

L'usage de la tente dans le traitement de l'hydrocèle, n'est pas à beaucoup près une méthode aussi ancienne que celles qui ont été exposées jusqu'ici. Elle se trouve décrite pour la première fois dans l'ouvrage de Franco. La plupart des auteurs du seizième siècle l'ont suivie, et ceux du dix-septième siècle en ont fait mention. Mais depuis le commencement de celui-ci, on ne la trouve que dans Heister, qui parle plus de ce procédé qu'il ne le conseille. Les Italiens paroissent l'avoir adopté. Monro a imaginé, dans ces derniers temps, une méthode qui semble avoir assez d'analogie avec l'usage de la tente. C'est l'irritation du dedans du sac avec l'extrémité de la cannule du trois-quarts, laissée et maintenue pendant quelque temps en place. Cependant le résultat en est très-différent; car la tente doit faire naître de la suppuration dans le sac et à la surface du testicule, au lieu que l'intention de Monro n'étoit que d'exciter une inflammation qui fût suivie de l'adhérence mutuelle de ces parties. Comme il avoit vu souvent guérir des hydrocèles d'une manière spontanée par l'inflammation qui y étoit survenue, il pensoit qu'il pourroit être aisé d'employer un moyen qui eût pour objet d'en exciter une; mais il convient que cela exige beaucoup de

Décrite pour la première fois dans Franco.

Monro y a substitué l'irritation avec la cannule.

soins, et qu'il faut que le chirurgien en soit toujours le maître. C'est pourquoi il rejette les remèdes irritans dont on ne peut arrêter les effets sur-le-champ. Il croit que l'on réussiroit mieux avec la cannule du trois-quarts laissée dans le sac après l'évacuation des eaux, parce qu'on peut faire cesser l'inflammation qu'elle doit produire quand on le juge à propos. Monro n'avoit jamais employé ce moyen, et il ne le propose qu'avec défiance.

Moïnichen, au rapport de Bertrandi, suivoit cette méthode.

Bertrandi dit, en parlant de l'irritation du sac par un corps étranger et solide, qu'elle a été proposée il y a plus d'un siècle, par Henri Moïnichen. Il est vrai que cet auteur en fait mention ; mais ce qu'il en dit est moins une proposition qu'il fait d'un procédé nouveau, que l'exposition d'une méthode de traiter l'hydrocèle usitée de son temps. Peut-être ce procédé remonte-t-il jusqu'à Fabrice d'Aquapendente, qui paroît le conseiller d'une manière formelle. Après avoir avancé que l'hydrocèle guérit quelquefois par une simple incision pratiquée à la partie la plus déclive de la tumeur, et dans un endroit dépourvu de vaisseaux sanguins, quoiqu'on laisse fermer l'ouverture sur-le-champ, cet auteur ajoute qu'il y a des praticiens qui tiennent cette incision ouverte pendant quelques jours, avec une cannule d'argent. Ils ne se proposoient, sans doute, que de conserver une ouverture

Fabrice d'Aquapadente paroît la conseiller.

par laquelle les eaux qui viendroient se dépo-ser dans le sac de l'hydrocèle pussent s'écouler librement; mais il n'y a personne qui ne voie qu'une cannule restée à demeure dans la plaie pendant quelques jours, doit froisser le tes-ticule et la tunique-vaginale, et y attirer de l'inflammation.

Quoi qu'il en soit, la méfiance avec laquelle Monro en parle, me paroît bien fondée. Il est impossible de déterminer au juste le degré d'irritation qu'une cause de cette espèce peut produire sur les parties qui sont exposées à son action, et celui de l'inflammation qui peut en être la suite. Cés effets peuvent continuer avec violence lors même que la cause dont il s'agit ne subsite plus, et donner lieu à des symptômes menaçans, ou attirer d'autres ma-ladies, telles que des abcès ou des fistules. Aussi ce procédé n'a-t-il pas prévalu dans la pratique. Monro le fils rapporte, dans son Traité de l'hydropisie, une observation bien propre à confirmer les craintes que l'on doit avoir à cet égard.

Toutes les épreuves que l'on a faites de l'irritation du sac avec la cannule du trois-quarts n'ont pas eu de suites aussi fâcheuses. Pott assure, d'après son expérience, qu'elle n'est jamais préjudiciable ni hazardeuse. Il a vu seulement que la dureté de la cannule la ren-doit fort incommode, et que son inflexibilité Ses inconvéniens.

exposoit le testicule à être blessé lorsque le malade faisoit quelques mouvemens inconsidérés. La tente et la bougie qu'il lui a substituées ne causoient pas autant de douleurs, mais elles étoient sujettes à quelques inconvéniens; et en tout, il a observé qu'on ne pouvoit compter sur cette méthode. Warner en a fait aussi des épreuves qui ne lui ont pas paru plus dangereuses.

6°. Les injections.

Il est vraisemblable que l'irritation du sac avec l'extrémité de la cannule du trois-quarts a donné naissance à la méthode de l'injection. Quelqu'un aura pensé qu'il étoit facile d'obtenir le même effet au moyen d'une liqueur poussée au-dedans du sac, et il en aura fait l'essai. Monro attribue ce procédé à un chirurgien du régiment de Hume, de même nom que lui. La liqueur dont ce chirurgien fit usage fut de l'alkool; mais on ne sait ni quelle quantité il en employa, ni quelle fut la manière dont l'injection fut faite, c'est-à-dire, si la liqueur fut laissée dans le sac, ou si on l'en fit sortir. Au bout de quelque temps la cure fut complette; il n'y eut point de récidive. La violence de l'inflammation survenue à ce malade, engagea Monro à se servir d'un remède plus doux; il employa le vin, qui excita une inflammation moins vive, et qui n'eut pas un succès moins heureux. Depuis ce temps Monro a guéri plusieurs

Employées par Monro, chirurgien du régiment de Hume.

personnes par la même méthode. On trouve dans le Traité des opérations de Sharp, l'observation d'une cure tentée avec de l'alkool, dont la réussite n'a pas été obtenue sans danger. Sharp avoit été encouragé à faire cette opération, parce qu'on lui avoit assuré qu'elle avoit eu du succès. Il ne dit pas l'avoir pratiquée une autre fois, ni s'être servi de vin, à l'exemple de Monro le chirurgien. On ne trouve rien sur cet objet dans ses Recherches critiques sur l'état présent de la Chirurgie, publiées plus de dix ans après. Ce silence annonce que la méthode en question, imaginée en Angleterre, n'y a pas été suivie comme elle auroit pu l'être. La plupart des Auteurs de cette nation qui ont écrit en dernier lieu sur la cure radicale de l'hydrocèle, n'en parlent pas non plus. Il n'y a que Douglas qui en fasse mention, et c'est pour la désapprouver. Les injections, dit-il, sont sujettes à des inconvéniens qui en contre-balancent le succès. 1°. La tunique vaginale est si éloignée, et la surface du testicule si inégale au moyen de l'épididyme, qu'il paroît impossible que ces parties se touchent avec exactitude. Ledran pense aussi que les injections ne doivent pas réussir par la même raison, et qu'indépendamment de l'obstacle qui s'oppose au rapprochement des parties sur lequel est fondé l'espoir de la guérison, ce

Mauvais effets observés par Sharp.

Les Auteurs anglais se taisent sur ce moyen.

procédé doit attirer de l'inflammation. L'inconvénient auquel Ledran s'arrête, est justement ce qu'on doit le plus désirer. 2°. Douglas dit que l'on peut douter si l'inflammation excitée en une membrane aussi dure et aussi épaisse, peut la disposer à se coller aux parties voisines. C'est pourquoi il pense que les injections ne conviennent que quand le mal est récent. Ce jugement est fort sain. Si on vouloit tenter de guérir l'hydrocèle avec des injections, dans le cas où les membranes sont épaisses et endurcies, non-seulement on n'y parviendroit pas, mais on courroit le risque de faire dégénérer la tumeur, et de lui donner le caractère cancéreux.

La cure de l'hydrocèle par la voie des injections, négligée en Angleterre, a souvent été mise en usage parmi nous. Ceux qui l'ont pratiquée ne se sont pas servi de la même liqueur. Les uns ont employé le vin dans lequel ils avoient fait bouillir des roses rouges et dissout une petite quantité d'alun. Les autres y ont mêlé un tiers d'eau-vulnéraire simple, et y ont ajouté vingt grains de camphre; et après avoir poussé leur injection dans le sac en quantité égale à celle de l'eau que ce sac contenoit, ils l'en ont fait sortir après quelques instans de séjour. Il y en a qui, pour être plus sûrs d'exciter de l'irritation, ont injecté une dissolution de deux à trois grains de

pierre à cautère dans cinq à six onces d'eau. Les accidens inflammatoires ont été médiocres. Ils ont été suivis de suppuration, et de légères eschares gangréneuses à l'endroit par où le trois-quarts avoit été introduit. Enfin plusieurs sont revenus à l'alkool, soit qu'ils n'aient employé que trois à quatre gros de cette liqueur qu'ils ont laissée dans le sac, sans chercher à l'en faire sortir, soit qu'ils en aient poussé jusqu'à deux onces, dont ils ont essayé de favoriser la sortie par des pressions bien dirigées, mais qui n'en est revenue qu'en petite quantité, de couleur blanche et mêlée d'une grande quantité de bulles d'air. Je me suis servi de ce dernier procédé avec des succès variés. Pour le plus souvent il a procuré la guérison aux malades que j'y ai soumis. Il y en a sur lesquels je l'ai trouvé infidèle. Mes journaux me rappellent plusieurs cas où il n'a eu aucun succès. J'aurois pu prévoir cet accident dès la première fois, parce que le malade n'a éprouvé aucune douleur dans le temps même de l'injection, ni après. Les bourses ne se sont pas gonflées, et les choses sont restées dans le même état que si je m'étois contenté de tirer les eaux par une ponction ordinaire. D'autres n'ont eu de même ni douleur, ni gonflement. Aussi leur ai-je déclaré dès le second ou le troisième jour, qu'ils n'avoient rien à espérer de la petite opération

Il est infidèle.

que je leur avois faite, et qu'il faudroit recommencer les injections, ou tenter quelqu'autre moyen de les guérir radicalement, s'ils persistoient à vouloir l'être. Cet inconvénient des injections est bien léger, et leur est commun avec plusieurs autres méthodes.

Dangereux.

Il en survient quelquefois de beaucoup plus graves, et qui dépendent de l'inflammation excessive du testicule et de ses enveloppes. Je n'ai pas vu qu'il en soit résulté rien de très-fâcheux, mais les malades ont beaucoup souffert, et ils ont été extrêmement longtemps à guérir.

Cure de l'hydrocèle de la tunique vaginale du cordon.

La cure de l'hydrocèle par épanchement, qui a son siége dans l'épaisseur du cordon spermatique, est palliative ou radicale, comme celle de l'hydrocèle de la tunique vaginale. La première consiste à vider les eaux par la ponction. Si ces eaux sont enfermées dans une seule poche, ce moyen réussit: il est insuffisant si elles sont contenues dans plusieurs cavités séparées les unes des autres, à moins qu'on ne fasse autant de ponctions qu'il y a de poches. Ce cas exige, en quelque sorte, qu'on ait recours à la cure radicale. On voit que les six méthodes employées dans le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale ne peuvent avoir lieu ici. Le caustique, l'irritation au moyen d'une sonde ou de la cannule du trois-quarts, et les injections n'au-

roient pas plus de succès que la ponction. Il n'y a que l'incision, l'excision et le séton, de l'usage desquels on puisse s'en promettre; et ces méthodes peuvent être employées avec d'autant plus de sécurité que les parties sur lesquelles on opère ont moins de sensibilité, et qu'on n'est pas exposé en conséquence à des accidens aussi graves.

Cure de celle qui a son siège sous l'albuginée.

Quant à l'hydrocèle qui est placée au dessous de la tunique albuginée, cette maladie étant toujours compliquée d'un engorgement squirreux au testicule, n'est susceptible que de la ponction dans le cas où le testicule ne peut être extirpé. Sans ce secours, l'amas d'eau pourroit devenir assez considérable pour augmenter beaucoup le volume de la partie malade, et pour en rendre la distension ou le poids insupportable.

Tumeurs qui ont de l'analogie avec l'hydrocèle.

On voit quelquefois se former dans les bourses des tumeurs assez semblables à des hydrocèles, mais qui en diffèrent par le siège qu'elles occupent et par leur nature, Si, par exemple, un sac herniaire resté après la réduction des parties qu'il contenoit, vient à se remplir de sérosités qui descendent du bas-ventre ou qui suintent de ses parois, il en résulte une tumeur oblongue avec fluctuation et transparence, dont le volume augmente lorsque le malade est debout ou assis, et diminue et disparoît en entier lorsqu'il est cou-

ché. Cette circonstance ne laisse aucun doute sur le caractère de la maladie qui peut aisément guérir au moyen de la ponction. Mais pour que ce procédé n'ait pas de suites desagréables, il faut vider l'eau que contenoit la tumeur, et celle qui peut être épanchée dans le ventre. Faute de cette précaution, il peut survenir une infiltration énorme aux bourses. Ledran en a vu une qui devint aussi grosse que la tête, parce que l'eau qui tomboit du ventre dans le sac, sortoit de cette poche à travers l'ouverture qu'on y avoit faite avec le trois-quarts. Il parvint à dissiper le mal en moins de quinze jours, avec des topiques appropriés.

De même, s'il vient à s'amasser une grande quantité de sérosité dans le sac d'une hernie ancienne et volumineuse, la tumeur présente une fluctuation pareille à celle qui se remarque dans les hydrocèles. Ce cas est facile à discerner, parce que la hernie a précédé la collection d'eau, et parce que la tumeur cède et diminue lorsqu'on la comprime, ce qui oblige l'eau de refluer dans la cavité du bas-ventre. Lorsque la présence de cette liqueur devient incommode par la pression qu'elle exerce sur les parties déplacées, ou par la distension excessive de la tumeur, il faut lui donner issue par la ponction. C'est ce que Monro a exécuté avec succès. Un homme portoit depuis plu-

sieurs années une hernie qui étoit devenues monstrueuse. Elle descendoit jusqu'auprès des genoux. Le malade étoit obligé de garder le lit, et de rester couché sur le dos. Il ressentoit dans la tumeur des douleurs vives qui troubloient son sommeil. Ses forces étoient épuisées. Il étoit fort amaigri. La fluctuation se faisoit sentir avec évidence en quelqués points de la tumeur. L'eau et les viscères ne pouvoient rentrer dans le ventre. Monro fit comprimer la tumeur dans un des endroits où les tégumens étoient les plus minces, et où les eaux étoient amassées en plus grande quantité, et il y plongea un trois-quarts dont la grosseur n'excédoit pas celle d'une plume de corneille. Cette ponction procura l'issue de six livres d'eau claire. Il fut facile alors de distinguer les circonvolutions des intestins et les inégalités de l'épiploon, mais aucun de ces viscères ne put être réduit. Le malade se trouva soulagé par la cessation des douleurs. On ne jugea pas à propos de lui faire d'autre opération, et on le laissa jouir, pendant le peu de temps qui lui restoit à vivre, de la satisfaction de ne plus souffrir.

Si une hernie de vessie venoit à être comprimée à l'endroit de l'anneau, de manière à ne plus permettre à l'urine de repasser dans le ventre, la tumeur pourroit aussi se présenter sous les apparences d'une hydrocèle.

Bertrandi a vu un cas de cette espèce. Le lieu étranglé ne permit le passage du stylet qu'après que l'on eut cassé une incrustation tartareuse qui le bouchoit. La poche ressembloit, par sa figure et par son étendue, à la vésicule du fiel. On y voyoit de côté et d'autre des incrustations semblables à celles qui en bouchoient le col, et elle contenoit quelques gros d'une humeur rouge et visqueuse, de mauvaise odeur. Cette hernie faisoit tumeur à l'aîne gauche, et la vessie étoit fort dilatée du côté droit, au-dessus de la vésicule séminale.

Enfin, l'hydrocèle par épanchement, quelle qu'en soit l'espèce, peut être recouverte en partie ou en tout par un sac herniaire plus ou moins rempli d'une portion d'épiploon. Ledran a vu cette maladie. La hernie, qui étoit très-grosse, cachoit presque toute l'hydrocèle, dont le siége étoit dans la tunique vaginale, et qui contenoit près de vingt-quatre onces de liqueur. Le tout ensemble formoit une tumeur d'autant plus équivoque, qu'elle étoit très-douloureuse, vu la distension outrée du kiste, qui montoit jusque dans le ventre à travers l'anneau, malgré la présence du sac herniaire. Dans un cas de cette espèce, on ne peut rien faire pour le soulagement du malade, que de vider les eaux par la ponction. Mais en faisant cette opération, il faut

bien prendre garde de ne piquer ni le sac herniaire, ni le testicule.

De l'Ouverture des Abcès au Foie.

Le foie est sujet aux inflammations et aux abcès.

Quoique l'organisation du foie soit différente de celle des autres viscères, et que la plus grande partie du sang qu'il reçoit lui soit fournie par des veines, il est sujet à l'inflammation et à toutes ses suites. Cette inflammation est tantôt vive et accompagnée des symptômes les plus pressans, tels que la tension douloureuse du ventre et sur-tout de la région du foie, la fièvre, le hoquet, les vomissemens, la constipation auxquels se joignent le changement de couleur à la peau qui prend une couleur jaune plus ou moins foncée, l'amertume de la bouche et les urines bilieuses, pendant que les excrémens sont presque décolorés; tantôt elle est lente, et les personnes qui en sont attaquées, n'éprouvent qu'un sentiment de pesanteur au foie avec quelque trouble dans les digestions, une jaunisse légère et une douleur qui s'étend jusqu'à l'épaule. Pour le plus souvent, l'inflammation dont il s'agit est produite par des causes internes, et quelquefois elle dépend de causes externes, telles que des blessures qui ont pénétré dans le ventre, ou de fortes contusions dont l'effet s'est porté jusque sur les parties

contenues dans cette capacité. La suppuration qui est une de ses terminaisons, ou survient promptement, ou se fait d'une manière lente, ce qui donne lieu à deux sortes d'abcès au foie, dont les uns peuvent être appelés abcès par fluxion, et les autres abcès par congestion.

Lieux de ces abcès.

A la concavité du foie.

Ces abcès peuvent se former dans toutes les parties du foie, à sa face concave, à la partie supérieure de sa face convexe, au milieu de son épaisseur, et quelquefois à la partie inférieure de sa face convexe, vers le lieu qui répond au bord des fausses côtes, et à la région du ventre qui en est voisine. Les premiers s'ouvrent pour l'ordinaire dans les intestins, et sur-tout dans le colon. Les malades à qui cela arrive, rendent le pus par les selles; et si l'ouverture du foyer qui le renferme est assez grande et favorablement disposée par rapport à ce foyer, c'est-à-dire, à sa partie la plus déclive, il peut se vider complètement. Ceux qui répondent à la partie la plus élevée de la convexité du foie, se portent du côté de la poitrine. Verduc dit avoir vu des malades chez qui le pus qui provenoit du foie, formoit des épanchemens dans cette cavité, d'où il auroit pu être tiré par l'opération de l'empyème faite dans le lieu d'élection.

A sa convexité.

D'autres fois, les adhérences que les poumons contractent avec le diaphragme, déterminent

minent le pus à se frayer une route vers les côtes, et à former à l'extérieur, de ces abcès dont l'ouverture porte le nom d'empyème de nécessité. On a vu aussi des personnes qui avoient des abcès au foie en rendre une partie par la voie des crachats, parce qu'il s'étoit établi une communication entre la substance de ce viscère et celle des poumons, à travers le diaphragme. Verduc que je viens de citer, dit en avoir vu des exemples. Stalpart vander-Wiel avoit observé la même chose avant lui sur un malade qui se plaignoit depuis long temps d'une douleur au côté droit, sous les fausses côtes. Comme il crachoit beaucoup, et que rien n'indiquoit que sa poitrine fût affectée, ce médecin soupçonna que le foie étoit malade. Il s'en assura après la mort du sujet en qui il trouva un abcès considérable à la convexité du foie, près le diaphragme auquel ce viscère et les poumons étoient fort adhérens. Une fistule qui communiquoit à travers cette cloison musculeuse, conduisoit le pus dans les poumons, d'où il étoit rendu par les crachats.

Au milieu de son épaisseur.

Les abcès qui se forment au milieu de la substance du foie n'offrent aucun espoir de guérison. Le pus qu'ils contiennent, en partie resorbé par les vaisseaux de tout genre, se mêle aux humeurs et produit une fièvre lente, une sorte de phthisie ou de consomption qui

fait périr les malades. Cet événement est assez ordinaire, sur-tout à la suite des plaies à la tête, et il n'est presque personne qui n'ait eu occasion de l'observer. Ce qu'il y a de singulier, c'est que ces sortes d'abcès peuvent parvenir à un volume excessif sans causer une altération trop marquée dans la couleur et la consistance du foie. Diemerbroeck disséquant un cadavre en 1660, fut surpris de la grosseur extraordinaire du foie qui d'une part descendoit jusqu'à l'aîne, et de l'autre s'étendoit jusqu'à la région hypochondriaque gauche; de manière à occuper la plus grande partie de la capacité du bas-ventre. Ce viscère avoit conservé sa couleur et sa consistance naturelles. Il se trouva dans son intérieur une large cavité de laquelle il sortit onze livres de pus bien cuit et sans mauvaise odeur.

A sa face externe.

De tous les abcès au foie, il n'y a que ceux dont le pus se fraye une route entre le diaphragme et le poumon pour se porter au dehors entre les côtes, et ceux qui se sont formés à la partie inférieure de la face externe de ce viscère, et qui répondent à la région du ventre qui est au dessous de l'hypochondre, qui permettent ou demandent les secours de la médecine opératoire. Ces abcès précédés par les signes d'inflammation qui ont été exposés précédemment, se manifestent par une tumeur obscure, plate, médiocrement dou-

loureuse, accompagnée d'un empâtement assez étendu, laquelle s'élève peu à peu, et présente à sa partie moyenne une fluctuation profonde, pendant que ses bords conservent une dureté qui diminue insensiblement, sans disparoître en entier. Lorsqu'à ces apparences extérieures il se joint une grande diminution des accidens inflammatoires par où le mal a commencé, et que le malade éprouve des frissons irréguliers avec une sorte de sécheresse à la peau, on ne peut méconnoître un abcès au foie dont il convient de favoriser la maturation par des cataplasmes émolliens et attractifs que l'on fait appliquer sur la partie, jusqu'à ce que la fluctuation, devenue plus évidente, permette d'en faire l'ouverture.

Il faut bien s'assurer de la nature de la tumeur.

On ne doit point procéder à cette opération sans s'être bien assuré de la nature de la tumeur. En effet, il s'en forme souvent d'autres au même lieu, et dans les mêmes circonstances, lesquelles ressemblent beaucoup aux abcès dont je parle, et qu'il seroit excessivement dangereux d'ouvrir, à moins que, par un hasard plus grand qu'on ne le croit, il ne se fût établi des adhérences entre la vésicule du fiel qui leur donne naissance, et le péritoine. La résolution est une des terminaisons de l'inflammation. Si elle a lieu d'une manière subite au foie, ou qu'elle ne s'étende pas jusqu'aux lieux auxquels répond le canal

cholédoque, la bile filtrée en très-grande quantité à la fois, ou qui ne peut tomber dans le duodénum, reflue vers la vésicule du fiel. Cette poche s'emplit et se gonfle. Son fond soulève le péritoine, les muscles et les tégumens, et forme une tumeur qui survient aussi à la suite d'une inflammation, qui a été précédée de la diminution des symptômes, qui se montre au-dessous du bord des fausses côtes, et dans laquelle on sent une fluctuation manifeste accompagnée de frissons irréguliers, comme dans les abcès.

On peut la confondre avec celle qui est formée par la distension de la vésicule.

Il est donc possible de s'y tromper, et des praticiens distingués avouent avoir commis des méprises de cette espèce. Van-Swiéten ouvrit, en 1732, le corps d'une vieille femme qui depuis longtemps étoit attaquée de la jaunisse, et qui étoit morte dans le marasme, après avoir été quelque temps sans prendre d'alimens. Elle avoit, dans la région iliaque droite, une tumeur molle qui s'étendoit du bord inférieur des fausses côtes jusqu'à la crête de l'os des îles; et comme cette femme avoit éprouvé, dans l'hypochondre droit et dans la région iliaque, une douleur opiniâtre avant de mourir, Van-Swiéten pensa qu'il s'étoit fait une grosse vomique dans le foie. Il trouva, au contraire, que la tumeur étoit formée par la vésicule du fiel remplie d'une grande quantité de bile, et qui descendoit

jusqu'à l'os des îles. Cette tumeur renfermoit plus d'une livre de liqueur inodore, limpide, légèrement salée, tirant sur le verdâtre, dans laquelle nageoient beaucoup de concrétions calculeuses de diverses grosseur et figure, dont la substance étoit blanche et dure en dehors, molle et jaune en dedans. Jean L. Petit savoit que deux personnes à qui on avoit ouvert la vésicule du fiel en croyant ouvrir des abcès, étoient mortes de ces opérations qui n'avoient fourni que de la bile. Néanmoins, ayant eu occasion de voir une tumeur formée par cette vésicule, il la prit pour un abcès. Les tégumens étoient déjà incisés : ce ne fut qu'alors qu'il en connut la nature, parce qu'il sentit cette tumeur s'affaisser sous ses doigts. Il n'acheva pas l'ouverture, et le malade guérit quatre à cinq jours après, par une grande évacuation de bile qui commença sur-le-champ.

Signes pour les distinguer.

Ce fait n'a pas été stérile entre les mains d'un homme aussi éclairé que Petit. Il a excité toute son attention, et l'a engagé à chercher par quels moyens on pourroit discerner si une tumeur survenue au-dessous de l'hypochondre droit, à la suite d'une inflammation au foie, est faite par un abcès à ce viscère, ou par la tuméfaction de la vésicule du fiel. Voici ceux qu'il indique. Les symptômes de l'inflammation diminuent éga-

lement d'intensité, soit qu'elle se termine par un abcès, ou qu'elle se résolve : mais dans le premier cas, les symptômes ont duré plus longtemps; ils ont augmenté jusqu'au moment où on les a vus décroître; les douleurs ont été pulsatives, enfin le malade ressent de l'abattement et du mal-aise qui donnent de l'inquiétude. Il a également des frissons irréguliers dans les deux cas. Ceux qui accompagnent la suppuration sont plus longs, et se terminent par des moiteurs, qui n'ont pas lieu dans les amas de bile; de sorte que les frissons qui accompagnent ces amas doivent être regardés comme l'effet de l'irritation que la bile exerce sur des parties nerveuses.

La tumeur qui s'élève sur la région du foie n'est pas la même quand il y a abcès, et quand cette tumeur est faite par la distension de la vésicule. Celle que forme l'abcès, au lieu d'être circonscrite, s'étend au loin. Le lieu où elle se trouve peut occuper toutes les parties de la région épigastrique, au lieu que celle qui est faite par la vésicule du fiel est assez constamment au dessous des fausses côtes. L'abcès offre longtemps une dureté profonde à laquelle succède un empâtement qui ne se dissipe que quand le pus a été évacué. Il ne présente de fluctuation qu'à sa partie moyenne. Les bords en sont toujours durs et élevés. Dans les tumeurs faites par

la vésicule, au contraire, il n'y a ni dureté ni empâtement, et la fluctuation se fait sentir également par-tout. A ces marques, on distinguera ces deux maladies l'une de l'autre, et on ne sera plus exposé à ouvrir la vésicule du fiel tuméfiée, en croyant ouvrir un abcès.

L'ouverture de ces sortes d'abcès doit être faite avec le bistouri. On commence par une incision longitudinale, à laquelle on a soin de ne pas donner une trop grande étendue, de peur d'aller au-delà des adhérences que la tumeur a contractées avec les enveloppes du ventre. Comme les bords de cette incision peuvent se rapprocher, et ne pas offrir une voie suffisante pour l'évacuation du pus, on en fait une seconde qui, tombant sur le milieu de la première, donne à l'ouverture la forme d'un T. On a proposé, je ne sais pourquoi, de faire cette seconde incision en devant, de manière qu'elle porte sur le muscle droit. En opérant ainsi, non-seulement on s'expose au danger de blesser l'artère épigastrique, mais encore on donne moins de facilité au pus de s'écouler, parce que l'ouverture ne s'étend pas vers la partie la plus déclive de l'abcès. Il ne faut donc le faire que lorsque la maladie s'étend plus du côté du muscle droit que du côté opposé. Autrefois on se servoit de pierre à cautère pour ouvrir les abcès au foie; sans doute dans la vue de

Manière d'ouvrir les abcès au foie.

causer une perte de substance qui empêchât l'ouverture de se fermer trop tôt. Mais il paroît impossible d'ouvrir entièrement les abcès dont il est question avec cette pierre, qui n'agit pour l'ordinaire que sur les tégumens, à moins qu'on n'en applique beaucoup, de sorte qu'il faut encore avoir recours au bistouri pour inciser les parties intérieures. Si on en mettoit une grande quantité, il seroit à craindre que son action s'étendît au-delà des limites de l'abcès, et qu'elle donnât lieu à l'effusion du pus dans le ventre. Médalon rapporte un cas de cette espèce. Le malade mourut pendant l'effet du caustique. On trouva que le pus s'étoit frayé une route dans la capacité. Médalon attribue ce fâcheux événement à l'agitation et aux mouvemens désordonnés que la douleur peut avoir fait faire au malade. Il est possible que la cause dont je viens de parler y ait donné lieu, ou que l'abcès fût prêt à crever à l'intérieur, à l'instant où on cherchoit à lui procurer une issue au dehors.

Méthode des anciens.

Les anciens cautérisoient aussi les abcès au foie. Au défaut de caustiques d'une activité suffisante, les uns, comme Hippocrate, employoient un fuseau trempé dans de l'huile bouillante, d'autres se servoient d'un fer rougi au feu. Arétée, qui conseille ce procédé, dit qu'il mérite la préférence sur l'ins-

trument tranchant, parce qu'il met à l'abri de l'hémorragie, qu'il seroit impossible d'arrêter. *Nam sanguinis è jecore profusio coerceri nullo modo potest.* Assurément cette hémorragie est dangereuse lorsque le foie vient à être blessé profondément, et qu'il est dans un état sain. Mais dans le cas où il est abcédé, les instrumens tranchans dont on fait usage n'agissent pas sur la propre substance de ce viscère ; ils pénètrent dans un vide où il n'y a pas de vaisseaux, et par conséquent ils ne peuvent donner lieu à une grande effusion de sang.

Nature du pus des abcès au foie.

Le pus que fournissent les abcès au foie a, pour le plus souvent, une consistance et une couleur qui le font en quelque sorte ressembler à de la lie de vin. Il doit cette qualité aux particules de la propre substance du parenchyme du foie qu'il entraîne avec lui. Il est facile de s'en assurer en le laissant déposer dans un verre ; car le véritable pus, plus léger que le reste; surnage bientôt avec sa couleur et sa consistance ordinaires, pendant que les particules détachées du foie, plus pesantes, tombent au fond du verre. La quantité de cette substance est quelquefois assez considérable pour faire craindre qu'il n'y ait un grand vide. Néanmoins le foyer de l'abcès se remplit en peu de temps, ou par le développement des vaisseaux du foie ou

par le rapprochement de ses parties, et on parvient à guérir les malades.

Pansement après l'ouverture de ces abcès.

Une bande effilée couverte d'un digestif simple et préparé avec le jaune d'œuf et la térébenthine, est la première pièce d'appareil dont on doive se servir. Le reste de la plaie est couvert de plumaceaux secs soutenus par quelques bandes d'emplâtres, des compresses, et par un bandage de corps à l'ordinaire. Si dans la suite la quantité de pus qui s'échappe de l'abcès ou la qualité de cette humeur déterminent à faire des injections, elles doivent être poussées avec beaucoup de ménagement, de peur de blesser la texture délicate et friable du foie. Morand a autrefois observé que celles qu'il faisoit avec le baume du Pérou dissous dans des jaunes d'œuf et délayé dans une décoction vulnéraire, et qui étoient reçues dans une cuvette d'argent, irisoient ce vase, comme pourroient le faire des œufs au miroir préparés dans un plat de ce métal. On fut effrayé de ce phénomène dont la véritable cause ne se présenta pas d'abord, et qui fit craindre une grande putridité dans les humeurs du malade. Mais on reconnut qu'il étoit le produit d'un développement du gas hépatique que fournissoient les jaunes d'œuf dont on faisoit usage; car il cessa de se montrer dès qu'on eut cessé de s'en servir.

Hernies consécutives.

Il survient quelquefois des hernies ventrales

à la suite de l'ouverture des abcès au foie. On pourroit en être surpris, attendu qu'il n'est possible de la pratiquer que lorsque l'on connoît qu'il s'est fait des adhérences, qui empêchent que le pus qui s'échappe du foyer de l'abcès ne tombe dans le ventre. Elle doit donc être bouchée par la portion du foie qui a été malade. Cela arriveroit en effet si ce viscère rendu à son premier état ne diminuoit point de volume, et qu'il ne remontât pas au lieu qu'il a coutume d'occuper. Mais ces deux effets ayant nécessairement lieu, il ne reste attaché au péritoine que dans une petite étendue, et il entraîne avec lui la portion de cette membrane à laquelle il tient, de sorte que la plaie faite aux muscles qui n'est plus protégée par sa présence, permet aux viscères de bomber en dehors, et d'éprouver l'espèce de déplacement qui constitue les hernies ventrales consécutives.

Les tumeurs qui s'élèvent au-dessous des fausses côtes à la suite des inflammations au foie, et qui sont faites par l'amas de la bile dans la vésicule du fiel, ont paru à J. L. Petit exiger les secours de la chirurgie, aussi bien que les abcès au foie. Il a comparé ces tumeurs à celles que forme la vessie tendue par la présence des urines, et il a trouvé une analogie d'autant plus grande entre ces deux maladies, qu'il a quelquefois vu de la bile

Maladies de la vésicule du fiel.

sortir avec assez d'abondance par les voies naturelles, quoique la vésicule du fiel conservât sa même plénitude et ses mêmes dimensions; ce qui suppose une espèce de regorgement, ou plutôt une filtration très-abondante dans le foie, sans que la vésicule se désemplisse. Cette analogie s'étend plus loin. On voit souvent se former des concrétions calculeuses dans la vésicule du fiel, et il s'élève à la région du ventre qui lui répond, des abcès qui communiquent avec elle, et qui sont causés par une sorte de rupture qui se fait à ses parois, en conséquence des eschares gangréneuses que sa distension occasionne. Ces abcès sont ordinairement suivis de fistules qui laissent échapper de la bile, et dans le trajet desquels se trouvent quelquefois des pierres biliaires, soit que ces pierres viennent de la vésicule, ou ce qui est plus vraisemblable, qu'elles se forment et se développent dans le trajet fistuleux, par le rapprochement et la condensation des parties les plus épaisses de la bile. Voilà donc plusieurs maladies dont il est nécessaire d'examiner la nature, pour savoir si les opérations de chirurgie y sont applicables, et quelles sont ces opérations.

Ponction proposée par Petit, dans le cas de tumeur à la vésicule.

Petit pensoit que l'on pouvoit vider les tumeurs de la vésicule du fiel en y faisant la ponction avec le trois-quarts, comme on vide la vessie urinaire lorsqu'elle est excessivement

pleine, et qu'on ne peut rappeler le cours naturel des urines; mais il a pensé que cela ne pouvoit se faire que lorsqu'il s'est établi des adhérences entre cette poche membraneuse et la portion du péritoine qui la couvre. Ces adhérences sont des effets ordinaires de l'inflammation. La vésicule du fiel ne peut guère être distendue, sans que ses parois en soient attaquées. Cette inflammation se communique aux parties qu'elle touche, et par conséquent au péritoine. Bientôt il se forme entre eux de ces adhérences salutaires qui font que l'on peut parvenir à la vésicule sans crainte de pénétrer dans le ventre, et de donner lieu à l'effusion de la bile dans cette capacité. Mais comment en juger et les connoître ? Petit en a donné les moyens. Ils se réduisent à deux, qui sont l'immobilité de la tumeur, laquelle ne peut obéir aux pressions que l'on exerce pour lui faire changer de place, après avoir mis le malade dans la situation la plus favorable au relâchement des muscles, et l'empâtement local qui s'établit au voisinage de la tumeur sur laquelle on doit opérer. Mais 1°. la vésicule du fiel qui est fixée au foie dans une grande partie de son étendue, n'est point une partie mobile que l'on puisse faire changer de place en la poussant de côté et d'autre. Ce changement de situation me semble sur-tout impossible dans le cas dont il s'agit, où son vo-

lume considérablement augmenté lui fait exercer sur les parties voisines une pression qu'elles exercent réciproquement sur elle. 2°. La bouffissure, l'œdème et la rougeur peuvent bien annoncer qu'il y a un engorgement profond aux enveloppes du ventre qui couvrent la vésicule du fiel, ce qui suppose l'adhésion de cette vésicule au péritoine. Mais ce signe fait-il connoître le lieu précis de l'adhérence, et suffit-il pour déterminer à opérer? Il paroît, au contraire, devoir déterminer à attendre que la nature qui cherche à pratiquer une issue salutaire à l'humeur dont la présence la fatigue, se soit prononcée d'une manière plus claire, et qu'elle forme un abcès.

Autres opérations à faire sur la vésicule du fiel.

Petit ne se borne pas à proposer de faire la ponction à la vésicule du fiel. L'analogie poussée au delà des bornes que sa raison éclairée devoit lui prescrire, lui fait avancer que si après avoir vidé la vésicule, on sentoit, à l'aide d'une sonde portée dans la cannule du trois-quarts, qu'il y a quelque pierre contenue dans cette poche, on pourroit aggrandir l'ouverture avec le bistouri, porter profondément le doigt dans la vésicule pour s'assurer de la position du corps étranger, introduire des tenettes, et faire l'extraction de ce corps comme on fait celle des pierres urinaires. C'est ainsi que ce grand homme s'égare. Les faits dont il a été témoin, et ceux qui lui ont

été communiqués, confirment son illusion. Les premiers sont au nombre de deux. L'ouverture de personnes mortes après avoir eu précédemment de fortes inflammations au foie, et dont la première avoit rendu dans un de ses accès un amas de pus et de bile considérable par les selles, et la seconde avoit eu à l'hypochondre droit une tumeur qui avoit abcédé et qui s'étoit terminée par une fistule, lui a fait voir que la vésicule du fiel avoit contracté des adhérences avec le péritoine. Mais le premier de ces deux cas n'est pas clair. Il y est dit que la vésicule tenoit au péritoine et au colon dans une étendue de trois pouces; et cependant cette poche étoit si petite, qu'une pierre de la grosseur d'une noix muscade la remplissoit en entier. Elle avoit sûrement contracté des adhérences avec le colon, puisque Petit le dit, et qu'un abcès bilieux s'étoit vidé par les selles, après avoir percé cet intestin. Mais comment la vésicule pouvoit-elle avoir des adhérences étendues avec le péritoine, étant réduite à un si petit volume? C'est pourtant cette adhérence qu'il falloit prouver. D'ailleurs, qu'en conclure? Peut-on dire que dans ce cas on auroit pu pratiquer avec succès une ponction à la vésicule? Mais lors du premier abcès qu'a eu le malade, la tension et le gonflement furent si subits dans toute l'étendue du ventre, que l'on n'apper-

Examen des faits sur lesquels Petit se fonde.

eut pas de fluctuation. Assurément il n'y a pas même eu lieu de penser à la ponction. Et puis, de quelle utilité cette opération eût-elle pu être pour un abcès ? Il auroit fallu inciser, au risque d'aller au-delà du lieu où on présumoit que les adhérences s'étendoient.

Obs. de Léaulté.

Les observations communiquées à l'Académie de chirurgie, dont Petit fait usage, ne sont pas plus concluantes. Celle de Léaulté présente un exemple d'adhérence de la vésicule du fiel, observée après la mort. Ce cas est peut-être le seul dans lequel on auroit pu faire la ponction avec succès. La nature de la tumeur qui descendoit de l'hypocondre droit jusqu'au-delà de la région épigastrique, et qui étoit d'une dureté médiocre, ne l'indiquoit pas. Il parut à la vérité dans la suite une autre tumeur dure et ronde au dessus de la première. Mais cette tumeur n'est pas venue à la suite d'une inflammation. Elle étoit sans apparence de fluctuation. Il y avoit peu de temps qu'elle s'étoit montrée. En un mot, elle n'avoit aucun des caractères attribués aux tumeurs faites par la vésicule du fiel ; ainsi rien ne portoit à y faire la ponction. Que veut dire Léaulté quand il avance que cette vésicule étoit étroitement attachée au péritoine du côté des tégumens ? Elle l'étoit aussi au foie par sa partie supérieure. Ses adhérences aux tégumens n'étoient donc point de la même

natur

nature que celles qu'elle avoit contractées avec ce viscère ? Elle tenoit aux tégumens ; mais comment et dans quelle étendue ?

La malade de Dargeat est morte d'épuisement après un grand nombre d'incommodités relatives à l'inflammation et aux embarras du foie, et à la suite d'une tumeur au ventre qui a abcédé après avoir éte long-temps squirreuse, et qui a laissé échapper de la bile. Après sa mort, on a trouvé que la vésicule tenoit aux tégumens par une espèce de ligament d'un pouce et demi de long, dans l'épaisseur duquel étoit pratiqué un canal fistuleux qui, du fond de la vésicule, se rendoit à une poche située entre les deux muscles obliques, et qui se vidoit dans cette poche. La conclusion la plus naturelle qu'on puisse tirer de ce fait, est que la nature a des voies singulières pour se soulager. La ponction dans un cas pareil eût été extrêmement nuisible, et l'incision l'eût été encore davantage. Il faut ajouter à cela, que les circonstances dont la tumeur du ventre étoit accompagnée n'étoient pas de nature à engager à y faire la ponction. Cette tumeur qui étoit squirreuse, et qui s'étendoit depuis le bord des fausses côtes jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, ne se présentoit pas sous l'aspect auquel on dit que l'on reconnoît celles qui dépendent de la distension de la vésicule du fiel. Obs. de Dargeat.

Il y a loin d'une tumeur squirreuse, à une tumeur qui offriroit une fluctuation manifeste dans toute les parties de son étendue.

Obs. de La Peyronnie.

Dans le cas rapporté par La Peyronnie, il y a eu une tumeur à l'hypocondre à la suite d'une inflammation au foie. Cette tumeur a suppuré et s'est ouverte spontanément. Il en est sorti une matière purulente de couleurs diverses, et cinq à six pierres spongieuses de la grosseur d'un pois. La fistule qui a succédé a été ouverte par La Peyronnie, dans la vue de faciliter les écoulemens. Elle s'est trouvée aboutir à un trou qui communiquoit dans le ventre, à travers le muscle droit. La Peyronnie n'a pas été témoin du commencement de la maladie: il n'a pas vu la tumeur. Il rapporte ce qu'on lui a dit, qu'elle répondoit au lieu qu'occupe la vésicule du fiel. Il ne parle pas de sa consistance, de sorte qu'on ne sait si elle étoit dure ou molle, avec ou sans œdème, si la fluctuation s'y faisoit sentir dans tous les points de son étendue ou non; enfin, si elle étoit de la nature des tumeurs de la vésicule du fiel que Petit vouloit qu'on ouvrît. Les réflexions que La Peyronnie a ajoutées à cette observation sont judicieuses. Il pense que dans le cas où les écoulemens auroient été difficiles à raison de l'épaississement de l'humeur ou de la présence d'une pierre, on auroit pu élargir la fistule avec un corps dilatant, et faire des injections.

Les faits qui ont été rapportés par Sarrau et par Habert, ne sont pas exposés avec plus d'exactitude. Tous deux paroîssent fort exagérés. Dans le premier cas, l'ouverture qui étoit au-dessous de l'ombilic conduisoit à une tumeur située au-dessous de l'hypochondre droit, plus près des vertèbres que de la partie moyenne de cette région; et il partoit de la même ouverture un autre conduit fistuleux qui, passant sous la ligne blanche, alloit vers le milieu de l'hypochondre gauche. Voilà une énorme distance. Cependant on a incisé des deux côtés. On a tiré du premier une pierre qui avoit quatre pouces de long sur trois de circonférence. Peut-être ne s'en est-il jamais vu d'aussi grosse. Une seconde pierre, dont la sonde avoit fait connoître la présence, s'est trouvée au fond du sinus qui marchoit à gauche. Les dimensions n'en sont point exprimées. Toutes deux étoient certainement hors de la vésicule, et dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui se trouve entre les muscles, ou de celui qui les sépare d'avec les tégumens. Obs. de Sarrau.

Dans la seconde observation, une pierre est rendue par les selles, à la suite de jaunisse, de douleurs à l'hypochondre et de vomissemens. Cette pierre, que l'on caractérise de pierre biliaire, a deux pouces et demi de long, un pouce et demi de diamètre Obs. de Habert.

et trois pouces de circonférence. Une pierre aussi grosse a-t-elle pu traverser les canaux biliaires? On pourroit observer que le rapport du diamètre à la circonférence n'est pas exact, ce qui montre que l'on n'en a déterminé les dimensions que par apperçu. Si la pierre avoit ces dimensions, il est probable qu'elle étoit stercorale et non biliaire. D'ailleurs, que fait cette pierre à la question qu'il s'agissoit de décider?

Obs. de Petit sur la dame Thibergeau.

Il paroît que Petit a été déterminé à avancer que la vésicule du fiel est susceptible des mêmes opérations que la vessie urinaire, par ce qui est arrivé à la dame Thibergeau. Cette dame avoit à l'hypochondre une tumeur qu'il jugea être formée par la distension de la vésicule du fiel, pendant que d'autres chirurgiens la regardoient comme un abcès. Cette tumeur fut ouverte en l'absence de Petit. Il ne dit pas quel fluide en sortit; si c'étoit de la bile pure, ou de la bile mêlée avec du pus. Il n'avoit rien vu. La plaie est demeurée fistuleuse. Petit, consulté une seconde fois, a reconnu par la dégustation que l'humeur que rendoit la fistule étoit de la bile. Il n'a pas revu la malade. Il sait seulement qu'on a dilaté cette fistule, et qu'il en est sorti une pierre de la nature de celles qui se trouvent dans la vésicule du fiel. Petit dit qu'on a trouvé au fond de cette poche une pierre de

la grosseur d'un œuf de pigeon. Comment le sait-il ? par ouï dire. Il n'a pas sondé la fistule pour juger de la présence ou de la position du corps étranger. A-t-il vu, a-t-il examiné ce corps important à connoître? Le silence qu'il garde à cet égard est profond. Cependant rien n'étoit si essentiel que d'exposer toutes les circonstances d'un fait aussi extraordinaire.

Conclusion, et détermination des seuls cas où on puisse opérer sur la vésicule du fiel.

Ne peut-on pas conclure, de l'ensemble que je viens de présenter de cette observation capitale, que la dame Thibergeau a eu un de ces abcès formés en conséquence des adhérences de la vésicule du fiel avec les enveloppes extérieures du ventre, et de la crevasse de la vésicule, dont j'ai établi la possibilité plus haut, et dont on trouve des exemples dans le mémoire même de Petit, et dans ceux de son fils et de Morand, imprimés parmi ceux de l'Académie de chirurgie? Ce cas est le seul dans lequel on puisse en quelque sorte opérer sur la vésicule du fiel ; je dis en quelque sorte, parce que les seuls procédés opératoires que la raison permette se bornent à ouvrir les abcès en question, et à tirer les pierres biliaires qui peuvent se présenter. Il seroit en effet très-imprudent de pousser les incisions jusques à la vésicule même pour en ôter les pierres qui y seroient contenues, ce que l'on ne pourroit faire sans courir le risque

de détruire ses adhérences, et sans exposer les malades à perdre la vie. De même, si à la suite d'un de ces abcès il restoit une fistule, et qu'on sentît dans son trajet un calcul dont la présence fût douloureuse, ou suspendît les excrétions ordinaires, cette fistule pourroit être incisée, pourvu que son trajet ne fît que glisser entre les parois du ventre sans y pénétrer; ou élargie par l'introduction d'un corps dilatant, tel qu'un morceau d'éponge préparée à l'eau ou un morceau de gentiane, ou, dans d'autres circonstances, au moyen d'un trochisque de minium ou d'un trochisque escharotique.

De l'Opération Césarienne.

Ce que c'est.

On donne le nom d'opération césarienne à celle au moyen de laquelle on tire l'enfant de la matrice, par une incision pratiquée au ventre et aux parois de ce viscère. Ce nom s'applique aussi à l'incision que l'on fait au col de la matrice, pour faciliter la sortie ou l'extraction de l'enfant; mais ce genre d'opération est appelé opération césarienne vaginale, pour la distinguer d'avec la première, que l'on désigne sous le nom d'opération césarienne abdominale. On pourroit encore mettre au nombre des opérations césariennes l'incision que l'on fait au ventre pour en

Opération césarienne vaginale.

Abdominale.

extraire un enfant passé dans sa capacité, à raison d'une rupture à la matrice. Cette dernière opération est une espèce de gastrotomie. Cependant, comme elle a beaucoup de rapport avec les deux autres, il en sera traité dans cet article, que je commencerai par ce qui regarde l'opération césarienne vaginale.

Gastrotomie pour tirer l'enfant tombé dans le ventre.

De l'Opération Césarienne vaginale.

Plusieurs causes peuvent rendre cette opération nécessaire. La plus fréquente est la dureté squirreuse du col de la matrice. Si cette dureté est telle qu'il ne puisse s'ouvrir, et que la femme se consume en efforts impuissans, il le faut inciser dans plusieurs directions. C'est ce qui a été fait avec succès dans plusieurs circonstances. Il s'est même vu des cas dans lesquels le col de la matrice ne présentoit aucune ouverture, et où l'opération dont il s'agit a également bien réussi. Tel est celui que le docteur Symson a fait insérer dans le troisième volume des Essais d'Edimbourg. Une femme de quarante ans redevint enceinte après avoir eu un accouchement laborieux, dans lequel l'enfant étoit resté plusieurs jours au passage. Elle eut un travail qui dura soixante heures sans que le col de la matrice parût disposé à s'ouvrir. Le docteur Symson ayant trouvé que les bords

Cas qui déterminent à l'opération césarienne vaginale.

1°. Dureté du col de la matrice.

Obs. de Symson.

en étoient adhérens, et qu'il n'y avoit entre eux aucune ouverture, se détermina à y faire une incision à l'aide d'un *speculum uteri*. Le bistouri pénétra à un demi-pouce de profondeur avant qu'il en eût traversé la substance, dont la dureté lui parut égale à celle d'un cartilage. L'ouverture ne s'étant pas dilatée dans les efforts que la malade faisoit, il fallut conduire un bistouri étroit sur le doigt pour inciser cette espèce d'anneau en plusieurs sens. Il ne sortit pas une goutte de sang, et la malade n'éprouva d'autre incommodité que celle qui résultoit de la dilatation du vagin. Comme l'enfant étoit mort, le docteur Symson vida la tête, pour le tirer avec plus de facilité.

2°. Convulsions avec rigidité au col de la matrice.

De fortes convulsions qui surviendroient au moment de l'accouchement, seroient encore une raison pour faire l'opération césarienne vaginale. Cet accident se calme quelquefois par la rupture des membranes et par l'écoulement des eaux, dont la sortie diminue la plénitude de la matrice, et fait cesser l'effet que la tension de ses parois exerce sur les nerfs qui s'y distribuent, et sur ceux de l'habitude du corps. S'il continue, et que le col soit suffisamment dilaté, on procède à l'extraction de l'enfant avec le forceps, ou on le tire par les pieds, suivant la manière dont il se présente. Mais si le col de la matrice est

d'une rigidité telle qu'on ne puisse le dilater par l'une ou par l'autre de ces opérations, il faut l'inciser. Le C.en Baudeloque cite, à cette occasion, un fait qui a eté communiqué à l'Académie de chirurgie par Dubosq, professeur en chirugie à Toulouse. La femme étoit âgée de quarante ans. Elle étoit dans les convulsions depuis deux jours. Une pâleur affreuse répandue sur ses joues, la rendoit en quelque sorte méconnoissable. Son pouls étoit foible et presqu'éteint; ses extrémités froides et couvertes d'une sueur visqueuse. Les bords de l'orifice, ouverts de la largeur d'un écu de six livres, étoient comme calleux. A peine cet orifice fut-il incisé, que l'accouchement se fit d'une manière spontanée. L'enfant étoit mort. Le calme revint, et la femme se rétablit complètement.

Obs. de Baudeloque.

3°. Grande obliquité de la matrice.

Une grande obliquité de la matrice, jointe à des dimensions peu étendues de la cavité du bassin, peut également exiger que l'on ait recours à l'opération césarienne-vaginale. Ce n'est pas que cette obliquité détermine toujours celle du reste de la matrice, et que le col de ce viscère soit constamment dirigé vers la paroi du bassin opposée à son fond; mais cela arrive quelquefois. Alors les contractions de la matrice n'opérant pas la dilatation de son col qui se trouve soutenu par des parois osseuses, elles portent sur les par-

ties qui l'avoisinent, et qui, se trouvant dilatées et poussées de haut en bas, se présentent sous la forme d'une poche ronde, égale et sans aucune apparence d'ouverture. Ce cas peut entraîner la perte de la malade. Le C.en Baudeloque en rapporte un exemple. Une femme enceinte pour la première fois, n'ayant pu se procurer les soins de l'accoucheur dont elle avoit fait choix, se confia à ceux d'une sage-femme, qui la laissa dans le travail pendant trois jours. La tête de l'enfant paroissoit au passage, enveloppée de la matrice, lorsque l'accoucheur appelé de nouveau vint au secours de la malade. La portion de matrice qui servoit de coëffe à l'enfant, étoit enflammée. Son orifice étoit en arrière vers le sacrum et à peine dilaté de la largeur d'une pièce de deux sous, et les eaux étoient écoulées depuis longtemps. On saigna la malade. On lui donna des lavemens émolliens. On eut recours aux fomentations de toute espèce, et elle fut couchée à la renverse de manière que les fesses fussent fort élevées. L'accoucheur avoit de la peine à soutenir la tête et à l'empêcher de franchir la vulve, toute enveloppée comme elle l'étoit par la matrice. Malgré ces attentions la malade expira.

Obs. de Baudeloque.

On auroit pu prévenir un événement aussi funeste en faisant coucher la femme sur le côté opposé à la déviation de la matrice, et

On peut éviter l'opération en ramenant le col de la matrice en son lieu.

en faisant appuyer dessus; et si ces précautions n'en eussent pas ramené l'orifice vers le centre du bassin, on auroit pu, dans l'intervalle des douleurs, y entraîner cet orifice avec le doigt, et l'y maintenir jusqu'à ce qu'il eût été assez ouvert pour que la poche des eaux fût formée.

C'est ce que le C.en Baudeloque a fait dans un cas où la matrice étoit inclinée en devant et à droite. Son orifice étoit en arrière. Les eaux s'écouloient, et la tête s'avançoit vers le fond du bassin, enveloppée par une portion de la matrice. On pouvoit parcourir avec le doigt l'espèce de sphère qui se présentoit, sans en trouver l'orifice, et cette sphère étoit visible lorsqu'on écartoit les lèvres du *pudendum*, et qu'on ouvroit l'entrée du vagin. Il auroit fallu que la malade restât couchée, et qu'elle souffrît constamment l'application du doigt; mais elle étoit trop indocile pour vouloir y consentir. Heureusement l'apparition de deux officiers de justice qui survinrent inopinément quarante-huit heures après le commencement du travail, lui en imposa. Il étoit temps, car la matrice tendue, rouge et luisante étoit douloureuse. Le ventre l'étoit aussi au point de rendre le poids des vêtemens insupportable. La fièvre s'allumoit, les idées commençoient à se troubler. Le C.en Baudeloque la fit coucher; il appuya d'une main sur le ventre pour re- Obs. de Baudeloque.

lever la matrice, pendant que de l'autre il refouloit un peu la tête, afin d'arriver au col de ce viscère dont il accrocha l'orifice avec les doigts, pour le ramener vers le centre du bassin, où il le tint pendant quelques instans. Permettant alors à la femme de faire valoir ses douleurs, elle se délivra dans l'espace d'un quart-d'heure. Son enfant étoit bien portant, et les suites de la couche furent fort heureuses.

Ouvrir la portion bombée de la matrice.

Si l'obliquité de la matrice étoit telle qu'on ne pût en trouver l'orifice, et que la mère et l'enfant parussent exposés au danger de périr, il faudroit ouvrir la portion bombée de ce viscère qui correspondroit à la vulve. Lauverjat a rencontré ce cas dans sa pratique.

Obs. de Lauverjat.

Une femme enceinte pour la première fois, et parvenue au moment d'accoucher, éprouvoit des douleurs si vives, que Lauverjat voulut s'assurer de l'état des choses. Il fut surpris de trouver la vulve occupée par un corps qui la remplissoit et la dépassoit, et qui cédoit à l'impulsion du doigt, excepté dans le temps des douleurs. En parcourant cette tumeur, il ne trouva à la circonférence qu'un cul-de-sac de demi pouce de profondeur, sans ouverture qui pût permettre la sortie de l'enfant. Des confrères mandés pour ce cas extraordinaire, voulurent voir aussi comment les choses se passoient. Ils trouvèrent sur la tumeur une

déchirure qui n'intéressoit qu'une partie de l'épaisseur de ses parois. Cette déchirure leur parut le lieu où il falloit inciser. L'opération faite, le doigt entra dans la poche dans laquelle l'enfant étoit contenu. Il sortit beaucoup d'eau bourbeuse. L'enfant se présenta et franchit l'ouverture qui venoit d'être pratiquée, et à laquelle il se fit une petite dilacération du côté droit. Lauverjat ayant porté la main dans la poche, ne trouva aucune trace de col ni d'orifice. Du reste, il ne survint point d'accidens, et les écoulemens se firent à travers l'ouverture qui se ferma par degrés. Deux mois après, le col et l'orifice de la matrice étoient dans leur état naturel.

Manière de faire l'opération césarienne vaginale.

Lorsqu'il ne s'agit que d'une dureté squirreuse au col de la matrice, ou d'une déchirure aux parois de ce viscère, à l'endroit par lequel il fait bosse dans le vagin, l'opération césarienne vaginale ne paroît être d'aucune difficulté. On la pratique avec un bistouri émoussé et arrondi à son extrémité, dont la lame est garnie de linge jusqu'à un pouce de cette extrémité, et que l'on conduit sur le doigt indicateur de l'une des deux mains dans l'ouverture que présente la matrice, de sorte que cette ouverture soit aggrandie convenablement de dedans en dehors, et en plusieurs sens. Mais lorsque la dureté squirreuse du col de la matrice ne présente pas d'ouverture, ou

lorsque la partie bombée de ce viscère est dans son intégrité, il faut inciser de dehors en dedans avec un bistouri garni comme le premier, et dont la pointe soit bien affilée. Cet instrument ne peut être conduit avec trop de précaution, pour qu'il ne blesse pas l'enfant qui se trouve au-delà de l'espèce de cloison qu'il faut franchir. Nulle règle ne peut être prescrite ici que celle de procéder lentement, et de faire suivre la pointe du bistouri par le doigt indicateur étendu sur le dos de cet instrument, de manière à être averti lorsqu'il a traversé l'épaisseur des parois de la matrice et à pénétrer en même temps que lui dans la cavité de ce viscère. S'il est nécessaire de prolonger ou de multiplier les incisions, elles seront dirigées par ce doigt, et faites avec le bistouri mousse dont il a été parlé précédemment. Le col de la matrice incisé, on abandonne l'expulsion de l'enfant à la nature, ou on la provoque par les moyens d'usage. L'opération qui vient d'être décrite, ne nécessite aucun pansement. Si cependant elle étoit suivie de perte de sang il seroit, ce semble, assez facile de s'y opposer, en portant un bourdonnet trempé dans du vinaigre ou dans de l'alkool sur le lieu de l'incision qui le fourniroit, et en le maintenant quelque temps sur cette partie.

De l'Opération Césarienne abdominale.

L'opération césarienne abdominale est d'une toute autre importance que celle dont il vient d'être parlé. Il faut y avoir recours lorsque les femmes meurent enceintes, ou lorsqu'il se présente des obstacles invincibles à l'accouchement.

Opération césarienne abdominale; cas qui l'exigent.

Quel que soit le terme auquel périssent les femmes que l'on sait être grosses, on ne peut se dispenser de leur faire l'opération césarienne. En effet, l'expérience a prouvé que lorsque les enfans sont peu avancés, ils peuvent quelquefois survivre assez long-temps à cette opération, et que lorsqu'ils sont viables elle peut leur conserver la vie. Quoique l'on cite des exemples d'enfans trouvés vivans vingt-quatre heures et au-delà après la mort de leur mère, il faut peu compter sur ces sortes de prodiges et se hâter d'opérer; encore n'est-on pas certain de sauver les enfans. Le plus grand nombre périt en même temps que la mère, et par les mêmes causes. Si la femme étoit en travail et que le col de la matrice fût suffisamment dilaté ou disposé à l'être, il faudroit faire ensorte de terminer l'accouchement par la voie ordinaire; car elle pourroit paroître morte quoiqu'elle ne le fût pas. C'est ce qui est arrivé dans un cas inséré dans le Journal des

1°. La mort pendant la grossesse.

Accoucher la femme par les voies ordinaires, si cela se peut; car elle peut paroître morte et ne l'être pas.

Obs. de Rigaudeaux.

savans, du mois de janvier 1749, par Rigaudeaux, chirurgien aide-major de l'hôpital militaire de Douai. Mandé auprès d'une femme chez laquelle il ne put se rendre que deux heures après sa mort apparente, Rigaudeaux fit lever le linceul qui la couvroit, et voyant que le corps avoit conservé de la souplesse et de la chaleur, il examina s'il ne pourroit pas en tirer l'enfant à la manière ordinaire, ce qu'il fit aisément après avoir été le chercher par les pieds. Il donna à cet enfant des soins qui parurent d'abord infructueux, mais qui lui réussirent au bout de quelques heures. Ayant trouvé la femme dans le même état cinq heures après, il recommanda qu'on ne l'ensevelît que quand ses membres seroient froids et roides. Il a eu depuis la satisfaction d'apprendre que cette femme est aussi revenue à la vie. Le fait s'est passé le 8 juin 1745, et la mère et l'enfant vivoient encore quand Rigaudeaux publioit son observation. En cas que l'accouchement ne puisse avoir lieu à la manière accoutumée, il faut du moins pratiquer l'opération césarienne avec les mêmes précautions que si la femme étoit vivante, et ne faire qu'une incision qui permette de pénétrer jusque dans la matrice.

2°. Obstacles invincibles. Mauvaise conformation du bassin.

Les obstacles invincibles qui s'opposent à l'accouchement, viennent presque tous de la mauvaise conformation du bassin. Cette mauvaise

vaise conformation qui dépend du rachitis n'en est pas une suite nécessaire, car il y a des femmes extrêmement contrefaites en qui elle n'a pas lieu, pendant qu'elle se rencontre souvent en d'autres, dont la taille ne paroît avoir souffert que peu de dérangement. On la connoît aux dimensions que présente le bassin. Pour que ces dimensions ne s'opposent pas à l'accouchement, il faut que la distance qui sépare le bord supérieur du sacrum d'avec les os pubis soit de trois pouces et demi, et que celle qui sépare les tubérosités des ischion entre elles, et chacune de ces tubérosités de la pointe du coccyx, soit de trois pouces. A la vérité on a vu des femmes se délivrer seules, quoique la première de ces distances ne fût que de deux pouces et demi, mais la tête de leurs enfans étoit alongée, de façon que son grand diamètre avoit près de huit pouces, et que celui qui va d'une protubérance pariétale à l'autre étoit réduit à deux pouces cinq à six lignes, et ils avoient perdu la vie. Il faut donc les tirer par l'opération césarienne si on veut les avoir vivans, mais en même temps il ne faut en venir à cette opération que lorsque l'on s'est assuré qu'ils le sont encore ; car, quand ils sont morts, on peut en procurer la sortie par des moyens beaucoup moins dangereux pour la mère.

Ce n'est pas une légère difficulté que de (Signes de la mort de l'enfant.)

s'assurer de la vie ou de la mort de l'enfant enfermé dans la matrice. S'il a cessé de se mouvoir, et qu'il ait fait un mouvement violent auparavant, il est probable qu'il a cessé de vivre. Cependant pour en acquérir quelque certitude il est nécessaire de recourir au toucher. Ce toucher s'exerce de deux manières. L'une consiste à presser sur la matrice à travers les tégumens du ventre. Lorsque l'enfant vit, la gêne qu'il éprouve lui fait faire quelques mouvemens qu'il est toujours facile de distinguer et de caractériser. Par l'autre toucher, on presse la matrice en dehors avec une des mains, pendant qu'avec les doigts de l'autre, introduits dans le vagin, on fait des mouvemens de pression qui se correspondent. On laisse aussi tomber la matrice vers le bas, afin de déterminer l'enfant à se mouvoir. Si ces indices ne paroissent point sûrs, il faut percer les membranes, si elles ne le sont pas, porter la main dans la matrice, introduire un doigt dans la bouche de l'enfant pour solliciter les mouvemens de sa langue, lui appliquer les doigts sur la région du cœur afin d'exciter les mouvemens de ce viscère, toucher enfin le cordon ombilical dans la vue de savoir s'il bat encore. Lorsqu'aucun de ces moyens ne donne de résultat décisif, on peut conclure que l'enfant est mort, et procéder à son extraction, à moins cependant que l'é-

troitesse des parties ne soit telle qu'on ne puisse introduire la main dans la matrice; et alors l'opération césarienne est indispensable.

Manière de juger des dimensions du bassin.

Mais comment juger des dimensions du bassin? et comment savoir si celui de ses diamètres qui s'étend du bord supérieur du sacrum aux os pubis, a la longueur nécessaire pour permettre la sortie de l'enfant? La bonne conformation de cette partie se reconnoît à la rondeur et à l'égalité des hanches tant en hauteur qu'en largeur, à l'élévation du pubis, à la dépression médiocre du sacrum, à une étendue de quatre à cinq pouces du milieu de cette dépression au bas du coccyx, à une épaisseur de sept à huit pouces, chez les femmes d'un embonpoint médiocre, de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à la partie moyenne et la plus élevée du mont de vénus, et à huit ou neuf pouces d'écartement entre les épines antérieures et supérieures des os des îles. Des dispositions différentes annoncent le contraire.

Instrumens imaginés à cet effet.

Compas de proportion.

Ces notions générales ne sont pas encore suffisantes. Pour en acquérir de précises, il faut faire usage de compas d'épaisseur, dont un s'applique à l'extérieur, et l'autre se développe à l'intérieur. Les branches du premier étant appliquées sur le haut du sacrum et sur le milieu du mont de vénus, il faut retrancher trois pouces des dimensions que

donne cet instrument, savoir, deux pouces et demi pour l'épaisseur de la partie supérieure du sacrum, laquelle est constante dans les sujets de toute taille, et un demi-pouce pour celle du pubis. Dans les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint, on peut aussi prendre quelques lignes pour l'épaisseur de la graisse. Ainsi, lorsque l'épaisseur totale du bassin, mesurée dans ce sens, est de sept pouces, il en reste quatre pour la distance du bord supérieur du sacrum au coccyx, ou pour celle du petit diamètre du détroit supérieur du bassin, et ainsi de suite.

Pelvi-mètre de Coutouly.

Le compas de proportion dont on fait usage pour l'intérieur, a été imaginé par le C.en Coutouly; il s'éloigne peu de la forme des instrumens dont se servent nos cordonniers pour prendre la mesure du pied. Ce compas introduit dans le vagin, ses deux branches rapprochées l'une de l'autre, jusqu'à ce que l'une pose sur le bord antérieur et supérieur du sacrum, on ramène l'autre à soi de manière à la faire porter sur le pubis, et on juge de la quantité dont elles se sont écartées, au moyen des graduations qui y ont été pratiquées. Son auteur lui donne le nom de pelvi-mètre. Il n'est pas toujours aisé de le placer avec exactitude; son usage occasionne quelques douleurs, et il y a des circonstances et des sujets sur qui on ne peut s'en servir.

Le C.en Baudeloque propose d'y suppléer par un moyen qui paroît assez sûr, et qui d'ailleurs est d'une grande simplicité. Il faut porter le doigt indicateur d'une des deux mains, dans le vagin jusqu'à la partie supérieure de la saillie de l'os sacrum. On donne à ce doigt une position telle que son bord radial revienne en devant, et on l'incline jusqu'à ce qu'il touche au bord inférieur du pubis. Marquant alors, avec un doigt de la main opposée, le point de contact, on mesure la longueur du point en question à l'extrémité du doigt. Cette longueur, qui indique la distance de la saillie du sacrum au bas de la symphyse, excède ordinairement celle du petit diamètre du bassin de la quantité de six lignes. Le C.en Baudeloque observe que cela n'est pas d'une exactitude rigoureuse, mais il pense que ce moyen suffit, parce qu'à moins d'une étroitesse excessive, deux ou trois lignes ne font rien pour la facilité de l'accouchement.

Moyen proposé par Baudeloque.

Le bassin pourroit être bien conformé en toutes ses parties, et présenter un obstacle invincible à l'accouchement, s'il s'élevoit, de quelqu'un des os qui le forment, une exostose qui diminuât ses dimensions. Pineau a rencontré ce cas sur une femme qui mourut sans avoir pu accoucher. L'exostose tenoit à l'un des os pubis. Une tumeur qui auroit la consistance ordinaire au stéatome, et qui s'engageroit dans

Exostose au-dedans du bassin.

Tumeur au-dedans du bassin.

le détroit supérieur du bassin en même temps que la tête de l'enfant, pourroit produire le même effet, à moins qu'elle ne fût connue, et qu'on ne pût la ranger ou la contenir sur un des côtés du bassin, jusqu'à ce que la tête fût descendue assez bas pour ne plus craindre qu'elle lui disputât le passage. Le C.en Baudeloque fait mention d'une tumeur de cette espèce. Elle avoit six à sept pouces de long sur un pouce et demi d'épaisseur. L'extrémité qui la terminoit, grosse comme la moitié d'un œuf de poule, présentoit comme une espèce de roche osseuse, et contenoit intérieurement neuf dents bien conformées, pendant que le reste de son étendue étoit stéatomateuse. Elle étoit descendue dans le petit bassin jusqu'au-dessous de la bosse du sacrum, et un peu sur le côté. On auroit pu la prendre pour une exostose de cet os. Les douleurs de l'enfantement duroient depuis soixante heures, et on pensoit à l'opération césarienne. Le C.en Baudeloque fut d'un avis différent. Il proposa de retourner l'enfant et de le tirer par les pieds, parce que le bassin lui parut conserver des dimensions suffisantes pour permettre la sortie de l'enfant. L'événement a permis de voir qu'il avoit trois pouces neuf lignes de devant en arrière, et quatre pouces neuf lignes de droite à gauche. Il ne fut ni long ni difficile de faire l'extraction de l'enfant. Le secours

Obs. de Baudeloque.

du forceps fut nécessaire pour aider à la sortie de la tête. Cet enfant étoit mort. La femme, fatiguée par beaucoup de tentatives infructueuses, n'a survécu que cinquante et quelques heures. Le C.en Baudeloque pense que le défaut de régime a contribué à sa perte.

Déplacement ou hernie de la matrice.

On peut mettre au nombre des obstacles invincibles qui s'opposent à l'accouchement celui qui résulte d'un déplacement de la matrice, tel que ce viscère soit entièrement hors du ventre, et qu'il fasse hernie. Les fastes de la Chirurgie ont conservé quelques exemples de ce monstrueux déplacement. Deux fois on a pratiqué l'opération césarienne, et dans l'un des deux cas, la malade a survécu assez longtemps pour qu'on pût se flatter que l'opération auroit du succès. Pourquoi, d'ailleurs, réussiroit-elle moins bien dans cette occasion, où il n'y a au devant de la matrice que les tégumens communs, et où la cavité du ventre n'est pas ouverte, que dans ceux où il faut pénétrer dans cette capacité, après avoir incisé les muscles qui en forment la paroi antérieure, et après s'être exposé à ouvrir les vaisseaux qui les arrosent? Dans d'autres cas, on est parvenu à terminer l'accouchement par les voies ordinaires, soit en faisant relever le ventre et en le contenant avec des serviettes adroitement disposées, soit en exerçant sur ce viscère des pressions

assez heureuses pour qu'il reprît la place qu'il doit occuper.

Comment il faut opérer.

La nécessité de l'opération césarienne abdominale bien constatée, il ne s'agit plus que de déterminer le temps où il convient de la pratiquer, d'y préparer la malade en vidant la vessie et les gros intestins, de se procurer les instrumens et les pièces d'appareil dont on peut avoir besoin, enfin de procéder à cette opération.

Temps d'opérer, avant ou après la rupture des membranes.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur le premier point. Les uns veulent qu'on opère avant que les membranes soient percées et que les eaux se soient écoulées, et les autres après. Les premiers se fondent sur la facilité qu'on a d'ouvrir la matrice sans blesser l'enfant qu'elle renferme, et sur l'espoir de la voir se contracter avec assez de force pour qu'il ne survienne pas d'hémorragie. Les seconds croient qu'en opérant après la sortie des eaux, on a moins à craindre que la matrice tombe dans l'affaissement, en passant sur le champ de l'état de distension où elle est à l'état de vacuité, et que d'ailleurs cette attention dispense de la nécessité d'inciser dans une aussi grande étendue, et d'intéresser un aussi grand nombre de vaisseaux. Ainsi ils prescrivent de percer préalablement les membranes. Quelque parti que l'on prenne, il faut que le travail soit bien décidé, que

le col de la matrice soit effacé, et qu'il soit ouvert suffisamment pour la liberté de l'écoulement des lochies; mais en même temps, si on n'opère qu'après l'écoulement des eaux, il ne faut pas tarder trop longtemps de peur que les forces de la malade ne s'épuisent, et que les efforts auxquels elle ne peut se dispenser de se livrer, ne donnent lieu à un engorgement inflammatoire des parois de la matrice.

Vider la vessie et le rectum.

La nécessité de vider la vessie et le rectum est si évidente, qu'il est inutile d'y insister. Elle est d'autant plus grande par rapport à la vessie, qu'on l'a vue s'élever au devant de la matrice, au point d'en cacher la plus grande partie. Le C.en Baudeloque en a fait la remarque sur une femme qu'il opéroit. La vessie montoit au dessus de l'ombilic, et elle se présentoit dans toute l'étendue de l'ouverture faite aux enveloppes du ventre.

Préparer instrumens et appareil.

Les instrumens et les pièces d'appareil dont on peut avoir besoin, se réduisent à deux bistouris, l'un dont le tranchant soit convexe, et l'autre terminé par un bouton, des éponges, des vases d'eau froide dans laquelle on ait jeté quelques gouttes de vinaigre, de longues bandelettes agglutinatives, des aiguilles armées de fil, de la charpie, des compresses longues, d'autres compresses de forme quarrée. un bandage de corps avec son scapulaire, etc.

Inciser.

Pour procéder à l'opération, la malade doit être située sur le bord d'un lit suffisamment garni d'alaises, la poitrine et la tête médiocrement élevées, les genoux un peu fléchis, et assujétie par des aides, dont un doit être spécialement destiné à fixer la matrice par des pressions latérales et faites de haut en bas, pour circonscrire en quelque sorte la tumeur utérine, et prévenir la sortie des intestins. Cela fait on incise les tégumens avec le bistouri à tranchant convexe, soit après avoir fait faire un pli transversal aux tégumens, soit après les avoir tendus avec le pouce, et les doigts indicateur et du milieu de la main gauche, dans une longueur qui ne peut être moindre de cinq à six pouces. Le lieu de cette incision et la direction qu'il convient de lui donner, sont différens.

En long, entre le muscle droit et la région lombaire.

Suivant la méthode la plus ancienne, on l'a pratiquée entre le bord externe du muscle droit, et une ligne qui monteroit de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, à la jonction de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse de la derniére côte. Cette incision devoit commencer un peu au dessous de l'ombilic, et s'étendre jusqu'à un pouce au-dessus du pubis. Après avoir entamé les tégumens, on la faisoit pénétrer à travers les muscles, les aponévroses et le péritoine, jusqu'à la matrice qui étoit ouverte avec

précaution, et dans laquelle on portoit le doigt indicateur de la main gauche, pour que l'incision pût être agrandie au moyen du bistouri boutonné.

Inconvéniens de cette méthode.

Cette manière d'opérer a de grands inconvéniens. Le lieu qu'on incise répond à des muscles dont les fibres ont une direction différente, et qui se retirant chacun dans le sens de cette direction, écartent les bords de la plaie et la rendent béante. Les vaisseaux considérables qui s'y rencontrent peuvent donner lieu à des hémorragies graves. Les intestins ont plus de facilité à s'en échapper que de tout autre endroit. Lorsque la matrice est oblique, et qu'à raison de cette position elle a éprouvé l'espèce de torsion qui en est l'effet, et qui porte ses bords en devant et en arrière, et ses faces à gauche et à droite, l'incision tombe sur une des parties latérales de ce viscère, où l'on sait que se trouvent les troncs des vaisseaux qui l'arrosent, et quelquefois même sur la trompe et sur l'ovaire. Les fibres de la matrice sont coupées en travers, de sorte que les bords de l'ouverture ne s'appliquent pas l'un à l'autre, et que la plaie reste béante. Enfin, cette dernière circonstance permet d'autant plus aisément aux lochies de tomber dans le ventre, que la cavité de la matrice étant incisée dans presque toute sa longueur, il n'y reste point de vide où elles puissent s'a-

masser, pour être transmises au dehors à travers son col.

A la ligne blanche.

On a pensé qu'il seroit préférable de faire l'incision à l'endroit de la ligne blanche. C'est là méthode qu'avoient adoptée Soleyrès et Deleurye, et celle que le C^en^ Baudeloque recommande encore, parce qu'il y a moins de parties à couper, et parce que la matrice se présentant à découvert, ce viscère peut être incisé à sa partie moyenne, parallèlement à ses fibres principales. Soleyrès croyoit devoir attribuer cette méthode à Platner et à Guérin, chirurgien à Crépi en Valois. Platner dit : *Incidantur juxta lineam albam, plagâ majore quæ ab ombilico ad ossa pubis ferè descendit, tùm abdominis musculi, tùm peritönæum, ubi tandem vitandum ne violetur arteria epigastrica.* Suivant l'observation de Guérin, ce chirurgien a fait une incision longue de six pouces, laquelle commençoit un peu au dessous de l'ombilic, et s'étendoit jusqu'à un pouce et demi au dessus du pubis. Ensuite il a coupé les graisses, les muscles et le péritoine, pour parvenir à la matrice qui fut ouverte en devant, plutôt dans son corps que vers son fond. Deleurye n'accorde pas à ces auteurs d'avoir incisé à la ligne blanche, puisqu'ils parlent de muscles coupés, et qu'il n'y en a pas en cet endroit. Il attribue l'honneur de cette invention à Varoquier, chirurgien à Lille

en Flandres; mais elle étoit connue de Mauriceau, comme on peut s'en convaincre par ce passage tiré du chapitre où il traite de l'opération césarienne. « La plupart veulent qu'on incise au côté gauche du ventre; mais l'ouverture sera mieux au milieu entre les muscles droits, car il n'y a en ce lieu que les tégumens et les muscles à couper. » Lauverjat qui en a fait la remarque, et qui cite à cette occasion l'édition latine de Mauriceau, page 247, dit aussi que l'incision à la ligne blanche a été mise en usage par un contemporain de Lamotte, ce que je n'ai pas été à portée de vérifier.

Inconvéniens de cette méthode.

Cette manière d'opérer donnoit plus d'espérances de guérison que la première; mais l'expérience ne les a pas confirmées. On a vu que si l'opération étoit plus facile, les bords de la plaie faite aux tégumens, et ceux de l'incision faite à la matrice n'avoient pas plus de disposition à se rapprocher, parce que la ligne blanche est le point de ralliement des muscles larges du ventre, et le lieu sur lequel ils exercent principalement leur action, et parce que le resserrement de la matrice se fait constamment de haut en bas. La plaie de ce viscère s'est trouvée porter sur une de ses parties latérales, pour les mêmes raisons que lorsqu'on opère sur un des côtés du ventre; et on a remarqué qu'elle étoit cachée sous

les tégumens qui répondent à la partie supérieure du pubis, et que la présence de la vessie ne permet pas de couper assez bas. Peut-être éviteroit-on une partie de cet inconvénient qui dépend du resserrement de la matrice, et de son retour à l'état naturel, si on prolongeoit l'incision de ce viscère jusqu'à sa partie la plus élevée. Le C^en Baudeloque le conseille dans la vue de prévenir les épanchemens mortels qui se font souvent dans le ventre, à la suite de cette opération. Mais il est incertain qu'on puisse inciser assez haut lorsqu'on opère à la ligne blanche. Cette précaution ne peut d'ailleurs empêcher que la plaie ne reste béante, et que les lochies n'aient plus de pente à se répandre dans le ventre qu'à se rassembler dans la cavité de la matrice, d'où elles doivent être transmises au dehors par l'ouverture de son col.

Incision en travers.

Il y a une troisième méthode de pratiquer l'opération césarienne abdominale. Cette méthode consiste à faire une incision transversale de cinq pouces de long aux parties contenantes du ventre, entre le muscle droit et la colonne de l'épine, plus ou moins haut, selon que la matrice est plus ou moins élevée. Elle est recommandée par Lauverjat dans un ouvrage qui a pour titre, Nouvelle Méthode de pratiquer l'opération césarienne, Paris, 1788. Lauverjat convient qu'elle a été mise en usage

avec succès avant lui par diverses personnes, et notamment dans un cas d'autant plus remarquable, que l'incision ayant été faite trop haut, il fallut en faire une seconde qui partoit obliquement de la première. Néanmoins il peut en être regardé comme l'inventeur, en ayant mieux développé les avantages que ceux qui l'ont précédé.

Le côté sur lequel il convient d'opérer est indifférent en lui-même. Cependant si le foie ou la rate faisoient quelque saillie, on auroit soin de les éviter. De même si la matrice se portoit plus d'un côté que de l'autre, on fixeroit son choix sur le côté où il seroit plus facile d'atteindre ce viscère. La malade située et retenue par des aides, et le ventre assujéti par une personne qui appuie le plat de ses mains sur les côtés de la matrice, il faut couper les tégumens, les muscles et le péritoine avec les précautions ordinaires. Le bistouri est ensuite plongé dans la matrice, et on achève la section de ce viscère au moyen du bistouri boutonné. Si le placenta se présente, on a soin de ne pas l'entamer, de peur d'ouvrir une des artères de cette masse qui répondent aux artères ombilicales de l'enfant, ou de s'exposer à en laisser une partie dans la matrice, mais on le décolle pour avoir la facilité de rompre les membranes à sa circonférence. On procède ensuite à l'extraction de

Extraire l'enfant.

l'enfant. Cette partie de l'opération n'est assujétie à aucune règle. Lorsqu'elle est achevée, il faut faire dans la matrice des injections anodines par les parties naturelles, pour faire cesser le spasme et entraîner les caillots. Ce procédé est bien meilleur que celui de vider la matrice avec la main. Rousset et Ruleau avoient conseillé autrefois d'introduire dans le col de ce viscère une espèce de bougie, dans la vue de faciliter la sortie des lochies. On a cru devoir y substituer un séton. Ces moyens ne sont propres qu'à causer de l'irritation. Si les écoulemens de la matrice ne se font pas bien, on peut porter de temps en temps le doigt dans son col pour le déboucher, et pour déplacer les caillots qui s'opposent à leur sortie.

Manière de rapprocher les bords de la plaie.

Presque tous ceux qui ont parlé de l'opération césarienne abdominale, soit en incisant sur un des côtés du ventre ou à la ligne blanche, ont prescrit de contenir les bords de la plaie des tégumens, des muscles et du péritoine, au moyen de quelques points de suture à points séparés ou enchevillée, avec l'attention de placer à sa partie infériunre une espèce de tente pour en prévenir le recollement, et pour laisser une issue libre aux humeurs qui peuvent sortir du ventre. Quelques-uns se sont contentés d'emplâtres agglutinatifs ou de bandages unissans. La suture est douloureuse et irritante. Les autres moyens ne portent que

Sutures.

Emplâtres agglutinatifs.

sur

sur la peau et ne peuvent remplir leur objet, parce que les tégumens manquent d'appui solide, et que les muscles coupés tendent à se retirer. En opérant suivant la dernière méthode, il suffit de faire coucher la malade sur le côté, pour que les bords de la plaie se rapprochent et se touchent. D'ailleurs il y a peu de fibres divisées, parce que celles des muscles transverses ne sont que séparées, et en quelque sorte écartées les unes des autres. Cette manière d'opérer favorise aussi le rapprochement des bords de la plaie de la matrice, parce que ce viscère, qui se dilate beaucoup plus de bas en haut que dans tout autre sens, se contracte d'une manière contraire, c'est-à-dire de haut en bas, ce qui rapproche les bords de l'incision qui y a été faite. D'ailleurs, la cavité de ce viscère n'ayant été ouverte qu'à sa partie supérieure, il reste vers sa partie moyenne inférieure un vide assez étendu qui ne communique pas avec la cavité du ventre, et où les lochies s'amassent assez aisément pour être transmises au dehors par les voies naturelles. Le pansement se borne donc à couvrir la plaie avec un large plumaceau sec, des compresses et un bandage de corps médiocrement serré, lesquels seront renouvellés lorsque la suppuration sera établie, ou lorsque les pièces d'appareil se trouveront suffisamment humectées pour avoir besoin

Situation et avantages généraux de l'incision transversale.

d'être changées. Une grande sensibilité dans le ventre exigeroit que les plumaceaux et les compresses fussent trempés dans une décoction émolliente, et suffisamment exprimés pour ne pas incommoder la malade par une humidité surabondante.

De la Gastrotomie.

Gastrotomie pour tirer du ventre l'enfant qui y est passé par la rupture de la matrice.

On est quelquefois obligé de pratiquer au ventre une incision toute semblable à celle de l'opération césarienne, lorsque l'enfant est passé dans cette cavité, à l'occasion d'une rupture à la matrice. Cet accident est malheureusement assez fréquent. Il a des causes qu'il n'est pas possible d'assigner. On peut dire cependant que l'enfant n'y a nulle part, et qu'il peut être regardé dans toutes les circonstances comme un corps purement passif.

Signes de cet accident.

Les signes qui l'annoncent ne sont pas toujours faciles à saisir. Cependant, s'il y a eu de fortes douleurs, si la dernière, extrêmement vive, est suivie d'un calme parfait, si le visage se décolore, si le pouls s'affoiblit, si les extrémités deviennent froides et qu'elles se couvrent de sueur, si le ventre s'applatit dans sa totalité, mais qu'il soit partiellement élevé par une tumeur que l'on reconnoisse pour être formée par l'enfant qui se meut encore, ou qui a cessé de vivre et de se mou-

voir, si la malade sent une chaleur douce se répandre dans le ventre, enfin si l'enfant fuit et disparoît au toucher de l'accoucheur, il est clair que la matrice est déchirée. Lorsque l'enfant est entièrement passé dans le ventre, il ne reste plus d'autre ressource que la gastrotomie. S'il est encore contenu en partie dans la matrice, on peut l'en tirer au moyen du forceps quand la tête se présente, ou par les pieds, pourvu que ce soient les parties supérieures du corps seules qui aient passé dans le ventre.

Le C^en^ Baudeloque cite trois exemples de gastrotomie à l'occasion de la rupture de la matrice. Le premier est celui qu'a fait insérer Thibaud Dubois dans le Journal de médecine pour le mois de mai 1760. Tout étoit favorablement disposé pour l'accouchement naturel, lorsqu'à la suite de douleurs excessivement fortes vers la partie supérieure et gauche de la matrice, l'enfant disparut. Thibaud ouvrit le ventre, mais quelques heures seulement après l'accident. L'enfant étoit mort, et la femme n'éprouva d'autres suites de cette opération, que celles qui ont lieu après un accouchement ordinaire. Obs. de Thibaud.

Le second et le troisième cas ont été communiqués en 1775 à l'Academie de chirurgie par Lambron, chirurgien à Orléans. L'opération lui a réussi deux fois sur la même femme. Obs. de Lambron.

La première fois il l'a pratiquée dix-huit heures après la rupture de la matrice. L'enfant étoit mort. Il survint un abcès putride au voisinage de la plaie ; néanmoins la femme étoit entièrement guérie six semaines après. Redevenue grosse l'année d'ensuite, la matrice se rompit de nouveau. Cette fois Lambron opéra presque sur le champ. L'enfant donna quelques-signes de vie, mais il mourut bientôt. Non-seulement la mère a survécu, mais elle est encore devenue enceinte, et elle est accouchée fort heureusement.

La crevasse de la matrice, ainsi que la plaie que l'on fait à ce viscère dans l'opération césarienne, peuvent donner lieu à des accidens d'étranglement bien funestes, si les intestins viennent à s'y introduire. Quand cela arrive au moment même, on peut dégager l'intestin soit en le tirant du côté du ventre si on a pratiqué la gastrotomie, soit en le repoussant par la matrice si on a tiré l'enfant par les voies naturelles. Que feroit-on si cet accident n'arrivoit que plusieurs jours après ? Un chirurgien dit avoir repoussé l'intestin par la matrice le troisième jour. Plus tard, cela ne se pourroit plus. Le C^en Baudeloque conseille l'opération de Pigrai dans ce cas. Mais quelle certitude a-t-on d'un étranglement d'intestin et de la nécessité de cette opération ?

Gastrotomie pour les concep-

La gastrotomie n'a pas été seulement re-

commandée pour les cas où l'enfant est passé dans le ventre, à la suite de la rupture de la matrice. On a encore conseillé d'y avoir recours dans ceux où il s'est développé dans un lieu étranger, comme dans l'une des trompes, dans l'un des ovaires ou dans la capacité du ventre, ou plutôt d'appliquer l'opération césarienne à ces cas, puisqu'outre l'incision des tégumens et des muscles du ventre, il faut ouvrir la poche dans laquelle l'enfant est enfermé. Les exemples de conceptions tubaires, c'est-à-dire dans les trompes de Fallope, sont assez fréquens. Il n'en est pas ainsi de celles qu'on dit avoir lieu dans les ovaires ou dans le ventre. Peut-être même lorsqu'on a cru rencontrer de ces sortes de conceptions, n'auroit-on vu que des conceptions tubaires, si les choses eussent été examinées avec assez d'attention. Quelle apparence en effet que des parties dont l'organisation a si peu d'analogie avec celle de la matrice, puissent fournir les sucs nécessaires à la nourriture d'un enfant? Ne peut-on pas croire que des observateurs peu instruits, trompés par les apparences, et distinguant mal les parties les unes des autres, au milieu des adhérences nombreuses qu'elles peuvent avoir contractées, auront imaginé qu'il y avoit du merveilleux dans des circonstances qui n'en présentoient pas? Ils auront sur-tout été induits à penser que les ovaires

tions extra-utérines.

peuvent être aussi bien le siège de la grossesse par erreur de lieu que les trompes, parce qu'il est très-commun de trouver au milieu des congestions de toute espèce ou des engorgemens squirreux auxquels ces corps sont sujets, des parties organiques, et qui sont manifestement le produit de conceptions manquées, telles que des cheveux, des os et des dents.

Terminaison ordinaire des conceptions extra-utérines.

Quoi qu'il en soit, il est rare que les conceptions extra-utérines parviennent à la maturité. On a vu, cependant, des enfans formés dans les trompes arriver au terme de neuf mois; périr parce qu'ils ne pouvoient être expulsés, et parce qu'ils manquoient de nourriture; se corrompre dans la poche qui les renfermoit; attirer sur les parois de cette poche et sur les parties voisines une inflammation, qui après les avoir fixées ensemble par des adhérences multipliées, se terminoit par suppuration; donner lieu à des abcès dont les uns répondoient à quelque point de la circonférence du ventre, et les autres à l'intestin rectum, et sortir par lambeaux à travers les ouvertures de ces abcès.

Dans d'autres circonstances les enfans se sont desséchés, la poche qui leur servoit d'enveloppe s'est endurcie et comme ossifiée, et ils se sont conservés dans cet état pendant une longue suite d'années, sans que les

femmes aient éprouvé d'autre incommodité que celle qui résultoit du volume et de la pesanteur de la tumeur qu'elles avoient dans le ventre. Mais il est plus commun que la poche qui renferme l'enfant se rompe à demi-terme, faute de pouvoir s'étendre davantage, et qu'elle le laisse tomber dans le ventre, en fournissant par les vaisseaux qui rampent sur ses parois, une quantité de sang assez considérable pour faire périr les femmes dans l'espace de quelques heures.

J'ai été témoin de deux faits de cette espèce. Les femmes étoient parvenues à la fin du quatrième mois de leur grossesse. Rien n'indiquoit ce que leur état avoit d'extraordinaire, que la tuméfaction du ventre qui se portoit d'un côté seulement, et des tiraillemens fréquens dans cette cavité. Du reste elles étoient bien. Toutes deux ont été attaquées inopinément de douleurs extrêmement vives, qui ont duré deux ou trois heures. Une douleur plus forte que les autres, a été suivie d'un calme parfait. Le ventre s'est affaissé et comme applati. Une chaleur égale et douce s'est répandue dans cette cavité. La peau s'est décolorée. Il est survenu des syncopes presque continuelles. Le pouls s'est affoibli et concentré. Une sueur froide s'est répandue sur toute la surface du corps, et les femmes ont expiré. La marche rapide de

Observations propres.

ces accidens ne m'a permis de leur administrer aucun secours. Elles étoient mourantes lorsque je suis arrivé près d'elles. L'ouverture de leur corps a montré que le ventre contenoit une grande quantité de sang, que les enfans, couchés sur les intestins, tenoient à la trompe déchirée par le cordon ombilical, et que cette trompe fortement contractée n'offroit d'autre tuméfaction que celle qui dépendoit de l'arrière-faix.

Défaut de signes positifs de conceptions extra-utérines.

Rien n'annonce la grossesse extra-utérine d'une manière assez positive, pour la faire présumer avant le terme ordinaire de l'accouchement. Beaucoup de femmes portent leurs enfans de côté parce que la matrice est inclinée, et beaucoup ont des douleurs et des tiraillemens qui peuvent dépendre de causes différentes. Ce n'est que dans le cas où elle parviendroit au terme ordinaire, et où la femme seroit prise des douleurs de l'enfantement qu'on pourroit la reconnoître, parce qu'aux signes non équivoques de la présence d'un enfant dans le ventre, se joindroient ceux de la vacuité de la matrice, dont l'état s'éloigne peu de celui qui lui est naturel. Peut-on alors, ou doit-on faire l'opération césarienne, comme si l'enfant étoit contenu dans la matrice? Est-on sûr que la poche qui le renferme soit susceptible de contractions aussi fortes que celles des parois

Doit-on y appliquer l'opération césarienne?

de ce viscère, et que l'incision qu'on va y pratiquer ne sera pas suivie d'une hémorragie mortelle? Sera-t-il aisé de décoller le placenta, et de tirer ce corps en entier ? Par quelle voie enfin se feront les écoulemens analogues à ceux des lochies, et leur épanchement dans le ventre ne fera-t-il pas périr la femme ? Les risques qu'elle court quand on abandonne sa délivrance à la nature, sont bien moins pressans. A la vérité l'enfant est condamné à une mort assurée. Il doit tomber en pourriture, et sortir par lambeaux ou se dessécher comme une momie. Mais il n'a pas connu l'avantage de vivre. D'ailleurs, l'existence des enfans est si fragile! Il est si douteux qu'ils parviennent à un âge fait, qu'il semble que si on avoit à choisir, on n'auroit pas de peine à se déterminer. Heureusement on ne se trouve pas fréquemment dans des circonstances aussi délicates, et les enfans conçus hors des voies ordinaires, périssent avant que la grossesse soit parvenue à son terme. Il ne reste plus alors qu'à seconder la nature en favorisant la suppuration, si elle paroît se préparer, au moyen de cataplasmes appropriés ; en pratiquant une ouverture convenable, ou en aggrandissant celle qui s'est faite spontanément ; en tirant les lambeaux de chair et les os à mesure qu'ils se présentent ; en brisant avec des pinces ceux

que leurs dimensions retiennent dans le foyer de l'abcès, ainsi que l'a fait Littre dans un cas de cette espèce, où l'abcès s'étoit ouvert dans le rectum, près le fondement; enfin en détergeant au moyen des injections.

Soins à donner après l'opération césarienne abdominale, et après la gastrotomie.

Lorsqu'on a pratiqué l'opération césarienne abdominale, ou la gastrotomie, les soins qu'il convient de donner à la malade ne se bornent pas à prévenir et à calmer les accidens, et à faire ensorte de conduire la plaie à guérison; il faut encore l'engager à nourrir, afin d'empêcher que les lochies soient trop abondantes; et si on est parvenu à faire cicatriser la plaie, il faut lui faire porter un bandage dans la vue de contenir les viscères, et de s'opposer à leur sortie à travers les aponévroses et les muscles divisés, dont la réunion n'est jamais assez solide pour en empêcher le déplacement, et la formation d'une hernie ventrale.

Des Polypes de la Matrice et du Vagin.

Il s'élève quelquefois au dedans de la matrice et du vagin, des tumeurs dont le volume, la forme et la consistance varient. Ces tumeurs, qui sont du genre des sarcômes, et qui ont beaucoup de ressemblance avec celles que l'on voit se former dans les narines, portent comme elles le nom de polypes.

Elles causent peu d'incommodités dans les commencemens, de sorte que les femmes qui en sont attaquées s'en apperçoivent à peine. Dans la suite elles en attirent de plus ou moins graves, selon le lieu qu'elles occupent, la grosseur qu'elles ont acquise, ou le caractère qui leur est propre. Si elles sont purement sarcomateuses, ces incommodités dépendent de l'étranglement qu'elles éprouvent ou de la pression que ces tumeurs exercent sur tout ce qui les environne. Si elles sont de la nature des carcinômes, les accidens qui les accompagnent sont les mêmes que ceux qui arrivent dans les maladies de ce genre.

Les polypes sarcomateux, les seuls dont il sera question dans cet article, peuvent être distingués en ceux qui naissent au dedans de la matrice, ceux qui sont implantés sur le col de ce viscère, et ceux qui tirent leur origine du vagin.

Ils tirent leur origine de trois endroits différens.

Des Polypes nés au dedans de la Matrice.

1°. De la matrice.

Ces polypes ne donnent des indices de leur présence, que lorsqu'ils ont acquis un certain volume; avant, ils peuvent occasionner un sentiment de pesanteur et d'embarras: mais à cette époque, la force avec laquelle ils distendent les parois de la poche qui les

contient, attire des douleurs et de la tension dans la région hypogastrique, auxquelles se joignent des tiraillemens dans les reins, dans les aînes et dans les cuisses. Le polype qui croît en tout sens élargit bientôt le col de la matrice, où la résistance est moindre qu'ailleurs; il en dilate l'orifice, et fait bosse dans le vagin. Il cesse alors d'exercer une action aussi marquée sur la matrice, et les incommodités qui en étoient l'effet se dissipent. Sa partie inférieure que rien ne gêne grossit, pendant que celle qui répond au col de la matrice conserve l'épaisseur qu'elle avoit d'abord, ou se rétrécit en vertu de l'étranglement qu'elle éprouve. Cet étranglement porte sur les vaisseaux qui pénètrent sa substance, ou sur ceux qui rampent à sa surface. Les derniers se rompent et laissent échapper les humeurs et le sang qu'ils contiennent. Il se fait alors des écoulemens séreux ou muqueux, et il survient une perte de sang habituelle, ou des hémorragies qui se renouvellent fréquemment. La vessie et le rectum, gênés par la présence de la tumeur, n'exercent plus leurs fonctions avec leur facilité ordinaire. Le cours des urines et la sortie des excrémens sont dérangés, et en partie interrompus. Le fond de la matrice entraîné et renversé par le poids du polype, s'enfonce dans le bassin. De nouveaux tiraillemens se

font sentir dans toutes les parties auxquelles ce viscère est attaché. Le sentiment de pesanteur se renouvelle, et l'état de la malade devient pressant. Cet état peut s'améliorer jusqu'à un certain point, si le mal vient à augmenter, que la tumeur franchisse les parties naturelles, et qu'elle se porte au dehors, parce que sa pression sur les parois du vagin est moindre; mais les écoulemens de toute espèce et les douleurs de reins demeurent les mêmes, et la malade se meut moins aisément.

Il me semble que l'on peut distinguer trois états dans les polypes dont il est question. Dans le premier, ils se développent insensiblement dans la cavité de la matrice, et ne s'annoncent par aucun signe extérieur. Dans le second, ils ont déja dilaté le col de ce viscère, et font bosse à travers son orifice. Dans le troisième, ils ont dépassé cet orifice, et sont tombés dans le vagin. Trois états dans ces polypes.

Les symptômes que les femmes éprouvent dans le premier état, sont si peu remarquables et tellement équivoques, qu'ils en ont souvent imposé pour ceux d'une grossesse commençante, et que plusieurs personnes attaquées de ces polypes se sont crues enceintes, ou ont été jugé l'être. Premier état.

Dans le second, il se présente au col de la matrice une tumeur de forme convexe qui la Second état.

remplit et qui en écarte les bords. Cette tumeur est plus ou moins grosse. Elle est lisse au toucher, et entourée d'un enfoncement circulaire qui la sépare d'avec les bords de l'orifice qui lui donne passage. Ces bords eux-mêmes font une saillie autour de laquelle on peut promener le doigt dans le cul-de-sac qui termine le vagin.

Dans ce second état les polypes de la matrice ont de la ressemblance avec le renversement incomplet de ce viscère.

On peut douter alors si la tumeur est un polype, ou l'effet d'un renversement incomplet de la matrice ; et ce doute est d'autant plus fondé, que ces deux maladies ont le même aspect, qu'elles causent le même genre d'incommodités, qu'elles croissent de même, et qu'elles peuvent arriver dans les mêmes circonstances : car des faits incontestables prouvent que la matrice peut souffrir l'espèce de renversement dont il s'agit hors de l'accouchement, et par des causes inconnues et qui n'ont aucun rapport avec cette opération de la nature. La seule chose qui puisse éclairer le chirurgien sur le caractère de la tumeur, est que celle qui est faite par le renversement de la matrice est d'une assez grande sensibilité, au lieu que celle qui est faite par la présence d'un polype n'en a aucune. Au reste, la méprise à laquelle la ressemblance des polypes venus du dedans de la matrice, avec le renversement incomplet de ce viscère peut donner lieu, est peu importante. Elle peut tout au

plus engager à prescrire à la malade un repos qui seroit très-utile dans la seconde de ces deux maladies, et qui ne serviroit à rien dans la première. La façon dont elles croissent dissipera bientôt toute incertitude. Le polype ne tardera pas à descendre dans le vagin où il formera une tumeur plus volumineuse en bas qu'en haut, au lieu que le renversement incomplet augmentera d'une manière plus lente, et conservera la forme convexe, et semblable à un segment de sphère, sous laquelle il a commencé à se montrer.

Troisième état.

Les polypes qui y sont parvenus, ont de la ressemblance avec le renversement complet de la matrice.

Aussi n'est-ce pas avec ce renversement que les polypes venus de la matrice peuvent être confondus, lorsqu'ils sont parvenus à leur troisième état. On les a souvent pris pour des renversemens complets, ou pour des chûtes totales de matrice. Leur conformation extérieure, et la cavité ou la disposition celluleuse que l'on y a rencontrée en les ouvrant après leur extirpation, a fait croire à un grand nombre de praticiens qu'ils avoient retranché la matrice renversée; et leur aveuglement à cet égard a été si grand, que plusieurs n'ont pu être détrompés, quoique les femmes qui avoient subi cette opération soient devenues enceintes depuis. Il y a bien quelque analogie entre un polype tombé dans le vagin, et un renversement complet de la matrice. La tumeur qui en résulte est égale-

ment lisse, également figurée en poire, et elle donne lieu à des écoulemens de la même nature. L'espèce de pédicule qui les soutient sort de l'orifice de la matrice, et le doigt peut se promener au tour. Elles sont en quelque sorte susceptibles de réduction, ou plutôt on peut les repousser toutes deux dans le vagin. Mais le polype est insensible, et la matrice a de la sensibilité. Le polype a crû lentement, au lieu que le renversement complet de la matrice n'a jamais lieu que d'une manière subite et après l'accouchement, soit que l'on ait tiré l'arrière-faix avec trop de force, soit plutôt qu'il y ait eu dans la matrice des dispositions à ce genre de déplacement, dispositions que l'espèce de violence exercée sur elle n'a fait que seconder.

Ils en ont avec la chûte totale de ce viscère.

Il est arrivé moins souvent que des polypes nés dans la matrice, et parvenus à leur troisième état, aient été confondus avec des chûtes totales de ce viscère. On s'est laissé tromper par des crevasses ou ulcérations survenues à la partie inférieure de la tumeur, que l'on a prises pour l'ouverture naturelle du col de la matrice. Les praticiens auroient aisément reconnu l'erreur dans laquelle cette circonstance les a entraînés, s'ils eussent fait attention que la tumeur formée par le déplacement dont il s'agit est plus étroite en bas qu'en haut, qu'elle entraîne le vagin après elle

elle de manière que ce canal retourné sur lui-même ne laisse pas de cavité dans laquelle on puisse promener le doigt autour de la tumeur, et n'en présente qu'une dont la profondeur est moindre qu'à l'ordinaire, que le col de la matrice ne se trouve plus au fond de cette cavité, que les urines sortent avec peine, que le jet qu'elles forment est dérangé parce que le vagin entraîne et déplace la vessie, et que cette poche fait bosse au devant de la tumeur, ce qui n'a pas lieu dans le cas de polypes nés au dedans de la matrice, à quelque grosseur qu'ils soient parvenus.

Des Polypes qui naissent du col de la Matrice.

2°. Les polypes naissent du col de la matrice.

Les polypes de la seconde espèce, ceux qui naissent du col même de la matrice, sont plus rares que ceux de la première. Il s'en trouve cependant quelques exemples. Ces polypes peuvent parvenir à la même grosseur que les autres, mais ils ne sont jamais aussi fâcheux, parceque leur pédicule n'est point exposé à l'étranglement. Ainsi ils ne donnent lieu ni aux écoulemens muqueux, ni aux hémorragies, ni ne sont autant disposés à l'inflammation. Il est aisé de les reconnoître lorsqu'en portant le doigt dans le vagin, on est arrivé au lieu d'où ils tirent leur origine. Le col de la matrice auquel ils tiennent est déformé.

On le trouve alongé en bec de flûte, et il est confondu dans la tumeur, de sorte que l'on a peine à distinguer quelles sont leurs limites. Cette espèce de polype ne ressemble point aux déplacemens auxquels la matrice et le vagin sont sujets, et ne peut donner lieu à aucune espèce de méprise qui ait rapport à ces déplacemens.

Des Polypes qui s'élèvent des parois du Vagin.

3°. Les polypes s'élèvent du vagin.

Il n'en est pas de même de ceux de la troisième espèce, lesquels s'élèvent des parois mêmes du vagin. Ceux-ci peuvent être pris pour les hernies de vessie, pour les hernies d'intestins et d'épiploon qui se montrent quelquefois au dedans de ce canal, ou pour le renversement auquel il est sujet. Cependant si on se rappelle que les hernies de vessie répondent à sa partie antérieure, et les deux autres à ses parties supérieure et latérales, au lieu que les polypes peuvent naître de tous les points de sa surface, on aura déja un moyen de les distinguer les uns des autres.

Leur différence avec la hernie de vessie.

D'ailleurs, la hernie de vessie a une base large; elle paroît mieux quand il y a longtemps que la malade a uriné, et s'efface presqu'en entier quand elle vient de le faire; et cette hernie présente, lors de sa plus grande élévation, une fluctuation et une mollesse que

les polypes n'offrent jamais. De plus on ne peut la toucher sans exciter des envies d'uriner. Les hernies vaginales faites par le déplacement des intestins et de l'épiploon, peuvent avoir une sorte de pédicule ; mais la renitence qui leur est propre, leur augmentation de volume quand la malade est debout et qu'elle retient sa respiration, leur diminution lorsqu'on les manie avec adresse, leur disparution entière par une pression continue, en faisant entendre un bruit de la nature de celui qui accompagne la réduction des autres hernies entérocèles, enfin le vide qu'elles laissent aux parois du vagin, les feront aisément reconnoître. Il ne reste plus que le renversement du vagin dont je doive exposer la différence d'avec les polypes de ce canal. Cette différence est fort sensible. Le renversement du vagin forme un bourrelet circulaire qui se montre entre les lèvres du pudendum, et quelquefois au dehors. Le doigt porté au milieu de ce bourrelet, pénètre dans le reste du canal au fond duquel se trouve le col de la matrice. Ce viscère entraîné par le vagin est plus bas qu'il ne doit être. Dans le cas de polypes, au contraire, il garde sa position ordinaire, et la tumeur que l'on touche est isolée, circonscrite, et tient à un pédicule distinct, dont la grosseur n'est pas

Avec les hernies vaginales entérocèles ou épiplocèles.

Avec le renversement du vagin.

limité. Au reste cette troisième espèce de polype paroît assez rare.

Moyens de guérison.

Ceux de la première étant les plus communs et les plus dangereux, ils méritent le plus d'attention. Les moyens employés pour leur guérison sont d'ailleurs applicables aux autres. Ces moyens sont la cautérisation, la résection et la ligature. La cautérisation est attribuée à Celse. On dit qu'il conseille ce moyen art. ij, chap. 18 de son sixième livre. A la vérité, cet article est intitulé *de fungo ani et vulvæ :* mais il paroît uniquement consacré au traitement des ulcères qui naissent au bord de l'anus dans les deux sexes, et au dedans des parties naturelles des femmes. *Fungo quoque simile ulcus in eâdem sede nasci solet, etc.* Quoi qu'il en soit, il est aisé de voir que les caustiques, que le cautère actuel même, ne peuvent être employés pour détruire des tumeurs dont la racine est aussi profonde; sans parler des risques auxquels on exposeroit les malades de faire dégénérer leurs polypes en carcinômes, comme il arrive souvent lorsqu'on fait usage de ces moyens sur des sarcômes qu'il n'est pas possible de faire tomber en entier, par une seule application.

La cautérisation.

La résection.

Plusieurs ont parlé de la résection d'après Aétius. Fabrice d'Aquapendente employoit à cette opération des tenettes terminées en bec

de cuiller, tranchantes à leurs extrémités, semblables à celles qu'il avoit imaginées pour emporter les polypes des narines. Il ne paroît pas craindre qu'elle donne lieu à une perte de sang trop considérable. Cependant, pour peu que le polype ait un pédicule de quelqu'épaisseur, cet accident est à redouter. Il s'en est vu dont ce pédicule faisoit sentir des battemens marqués, lesquels indiquoient assez qu'il étoit traversé par des artères d'un gros calibre. S'ils eussent été coupés sans précaution, ils auroient pu fournir une hémorragie d'autant plus dangereuse, que la matrice débarrassée du poids du polype, par quelque moyen que ce soit, remonte subitement en son lieu, et se remet dans la situation qui lui est naturelle. Comment alors porter les topiques ou les moyens compressifs dont on voudroit se servir, jusque dans sa cavité? comment les y assujétir? et quelle seroit l'impression que ces moyens pourroient faire sur un viscère aussi sensible?

La torsion.

La torsion n'offre pas les mêmes inconvéniens. Elle a été recommandée par des auteurs de réputation, qui n'en ont parlé que dans la supposition de polypes dont la substance ne seroit pas trop ferme, et qui auroient un pédicule grêle. En cela, ils n'ont fait qu'imiter le procédé de la nature, qui dans les circonstances que je viens d'énoncer, se suffit quel-

quefois à elle-même, et parvient à se débarrasser de ces sortes de tumeurs, qui se détachent et tombent lorsqu'on s'y attend le moins. On en trouve des exemples dans les observateurs. Il y en a aussi de la réussite de la torsion. La Peyronnie a autrefois rapporté à l'Académie de chirurgie, qu'un polype fatigué par les attouchemens indiscrets d'une sage-femme qui en méconnoissoit la nature, étoit resté dans les mains de cette femme, non sans une grande surprise de sa part. Il n'en est résulté rien de fâcheux, et la malade s'est trouvée guérie. Boudou a aussi rapporté à la même compagnie, qu'ayant rencontré un polype dont le pédicule étoit grêle, il avoit exercé sur cette tumeur une torsion qui l'avoit détachée sans peine; mais il avoue qu'il n'avoit pas été sans inquiétude sur les suites de son procédé, et qu'ayant craint qu'il n'attirât une forte inflammation, il avoit pris les précautions d'usage pour prévenir cet accident. Il en est une dont Boudou n'a point parlé, et qui n'a été indiquée que longtemps après lui, dans une Thèse soutenue en 1753, aux Ecoles de chirurgie, sous la présidence de Hévin: c'est de saisir le pédicule du polype aussi haut qu'il est possible avec des pinces, avant de le tordre, pour empêcher que l'effet de cette opération ne porte sur sa racine, et qu'il ne s'étende jusqu'à la matrice.

On sent combien cela peut être utile, et on a lieu d'être surpris qu'on ne l'ait pas recommandé plus tôt.

La ligature est le moyen le plus généralement adopté, et celui qui paroît conduire le plus sûrement à la guérison de toutes les espèces de polypes qui naissent au dedans des parties naturelles des femmes. Elle a souvent été mise en usage, mais seulement sur celles de ces tumeurs qui étoient extérieures, ou que l'on pouvoit tirer au dehors avec les mains ou avec des tenettes. Lorsque le pédicule s'en est trouvé mince, on s'est contenté de passer un lien autour, et de le serrer avec assez de force pour les amortir. Lorsqu'il s'est trouvé épais, on l'a traversé avec une aiguille, dans laquelle on avoit passé deux liens qui pussent être aisément séparés pour embrasser ce pédicule des deux côtés, comme on faisoit autrefois pour la ligature de l'épiploon.

La ligature.

On voit que l'effet de la ligature étoit borné à un petit nombre de cas. Elle n'étoit applicable que lorsque les polypes avoient fait beaucoup de progrès, et que les malades étoient déjà épuisées par les hémorragies, et par les autres incommodités que ces tumeurs occasionnent. Peut-être ne les guérissoit-elle pas tous, puisqu'elle ne pouvoit être portée assez haut, et que son action s'exerçoit sur

Essais de Levret.

une partie éloignée du principe du mal. Levret, le premier, a conçu et exécuté le projet de lier les polypes encore cachés profondément dans le vagin. Les premiers instrumens qu'il a imaginés pour parvenir à ce but, et qu'il a nommés porte-nœud et serre-nœud, étoient fort ingénieux, et lui ont procuré des succès, qu'ont de même obtenus ceux qui en ont fait usage d'après ses renseignemens. Il a bientôt été imité par Lecat, qui a donné à l'un de ces instrumens une forme plus favorable. Mais, toujours occupé de son objet, et doué d'un véritable génie, Levret en a trouvé un autre beaucoup plus simple, qui seul fait l'office des deux premiers, et dont il a étendu l'emploi aux polypes du nez et de la gorge.

Son dernier instrument.

Cet instrument est fait de deux cylindres d'argent, creux, adossés et soudés l'un à l'autre dans toute leur étendue, longs de huit pouces, terminés en larme à l'une de leurs extrémités, garnis d'un anneau à l'autre, et dont la cavité intérieure a environ deux lignes de diamètre. Le lien dont on le garnit est aussi d'argent de coupelle, recuit et trempé dans l'huile, d'un quart de ligne d'épaisseur, et de trois pieds de long. Lorsqu'on veut s'en servir, on passe une des extrémités du lien dans un des tuyaux, et après l'avoir fait sortir du côté de l'anneau qui y

répond, on le tortille autour de cet anneau pour l'y assujétir. L'autre extrémité du fil est passée dans l'autre tuyau, et ramenée de même vers son extrémité extérieure, mais de manière à former au bout de l'instrument une anse qui réponde à la grosseur du polype.

Tout étant ainsi disposé, et la malade placée en travers sur le bord de son lit, les jambes écartées, et les pieds soutenus sur deux chaises et bien assujétis, le chirurgien glisse au dedans du vagin quelques doigts de l'une de ses deux mains, graissés d'huile ou de beurre, ou trempés dans du blanc d'œuf, et il les porte jusqu'à la partie la plus élevée du pédicule de la tumeur à laquelle il puisse atteindre. L'anse du lien, et la partie de l'instrument d'où sort cette anse, sont introduits en les faisant entrer le long de la paroi postérieure du canal. Les doigts qui y sont placés les dirigent et portent la convexité de l'anse sur la partie du pédicule où on se propose de placer la ligature. La tumeur est ensuite engagée dans l'anse, et lorsqu'elle y est entrée, on fait tirer au dehors le bout du lien qui est libre, afin de diminuer cette anse, et de bien embrasser le pédicule. Si on s'apperçoit que le procédé réussisse, on fait encore tirer le bout libre du lien. Le chirurgien alors dégage celle de ses mains dont

Manière de s'en servir.

les doigts étoient dans le vagin, il prend lui-même l'instrument, il continue de tirer le lien, et par ce moyen il serre le pédicule de la tumeur. Il juge, à la longueur de la portion du lien sortie, du degré de constriction qu'il exerce; mais cette constriction ne réussiroit pas, si, après avoir arrêté le second bout du lien sur le second anneau, il ne faisoit pas tourner l'instrument sur lui-même, et toujours dans le même sens, pour tordre les deux bouts du lien l'un sur l'autre. Le sentiment de douleur que la malade éprouve est la mesure de la torsion qu'il doit exercer. Si cette douleur devient incommode, il cesse de tordre, et attache l'instrument à l'une des cuisses de la malade avec une bande qu'il fixe à ses anneaux, au moyen d'un point de couture. La malade est replacée dans son lit. On lui met un petit oreiller sous les jarrets, afin qu'elle puisse rester les jambes pliées; on lui prescrit du repos; son régime, qui doit être exact sans être sévère, est réglé; et on attend l'événement.

Procédé de Desault. Ses instrumens.

Desault a depuis imaginé un procédé qui paroît encore plus facile. Il consiste à porter le fil qui doit étrangler le collet du polype, au moyen de deux instrumens de forme droite et mince que l'on conduit au fond du vagin, et que l'on fait tourner autour de ce collet, et à le serrer avec un troisième que l'on peut

appeler serre-nœud, et qui restant en place, sans incommoder la malade, peut diminuer l'anse du fil à plusieurs reprises et opérer une constriction suffisante. Les deux premiers sont des pinces enfermées dans des tuyaux d'argent où elles s'engagent, et d'où elles sortent à la volonté de l'opérateur. Quand leurs mors sont rapprochés, elles forment un anneau dans lequel le fil passe comme dans le chas d'une aiguille ordinaire. Quand ils sont écartés par l'effet du ressort qui leur est propre, ils laissent échapper le fil. Le troisième, long de trois à quatre travers de doigt seulement, est une tige dont un bout plié à angle droit est percé d'un trou rond assez grand pour laisser passer les deux extrémités du fil, et l'autre présente une échancrure profonde, ou, si on veut, une fente dans laquelle on les arrête.

Manière de s'en servir.

Pour faire usage de ces instrumens, on garnit les deux premiers d'un long cordonnet de fil qui les traverse, et qui pend au dehors de chacun d'eux; et, après les avoir rapprochés l'un de l'autre, on les conduit au fond du vagin, le long de sa paroi postérieure, à l'aide des deux premiers doigts de la main gauche qu'on y a portés d'abord. Lorsqu'ils sont parvenus au collet du polype, on retire les doigts qui leur avoient servi de guide, et saisissant chacun d'eux de chacune des deux

mains, on leur fait embrasser ce collet de derrière en devant, en leur faisant décrire une demi-circonférence. Cela fait, on les croise de peur que le fil ne se dérange, et faisant pousser par un aide la tige qui soutient les pinces, pour que celles-ci sortent des tuyaux qui les renferment et pour que leurs mors s'écartent, on reprend les deux instrumens de la main droite, on introduit les deux premiers doigts de la main gauche jusque sur le fil, et on tire ces instrumens au dehors. Il ne reste plus qu'à serrer le fil, ce qui se fait en engageant ses deux extrémités dans le trou du serre-nœud, et en les tirant à soi pendant que l'on pousse cet instrument sur le collet du polype. Le fil est ensuite arrêté comme il a été dit. Si la pression qu'il exerce ne se trouve pas suffisante, on le dégage, et on pousse le serre-nœud plus avant.

Effets de la ligature.

Lorsque le pédicule du polype est mince, il survient peu après la ligature un suintement abondant et de mauvaise odeur, et le polype se flétrit. Lorsque le pédicule est épais, la tumeur se gonfle, elle devient rouge, et prend ensuite une teinte violette. Dans le premier cas, on peut se contenter d'injections détersives auxquelles on ajoute une petite quantité de vinaigre. Dans le second, il faut d'autres soins. Si la douleur est forte et qu'il survienne de la fièvre, on saigne la malade,

on l'assujétit à la diète, on fait des fomentations émollientes, et on prescrit les boissons d'usage. Les premiers accidens dissipés, on serre de nouveau la ligature, afin que le polype achève de tomber en mortification. Pour cela, le chirurgien détache l'instrument et il lui donne quelques degrés de torsion de plus, toujours dans le même sens. On est quelquefois obligé de revenir à ce procédé à plusieurs reprises. Lorsqu'enfin l'étranglement du pédicule de la tumeur a porté sur toute son épaisseur, elle se flétrit, ce pedicule se coupe et le polype se détache. La matrice qui avoit été entraînée par sa pesanteur remonte à sa place ordinaire. Il continue à se faire quelques suintemens auxquels on remédie par des injections appropriées, et la malade guérit. Je ne dois pas oublier de dire que la ligature attire quelquefois des écoulemens sanguins qui pourroient donner de l'inquiétude, si on ne savoit qu'ils sont le produit de quelques vaisseaux variqueux qui rampent sur la tumeur, et qu'il va cesser aussitôt que ces vaisseaux seront dégorgés.

Application de ce procédé aux autres espèces de polypes, et à quelques tumeurs du fondement.

Le traitement que je viens d'exposer est applicable aux polypes de la seconde et de la troisième espèce. Peut-être présente-t-il plus de difficultés, parce que ces tumeurs ont un pédicule plus gros. Il est également applicable à quelques-unes des tumeurs qui se

rencontrent au voisinage de l'anus, soit qu'elles aient leur origine au dehors, ou qu'elles naissent au dedans de cette ouverture, et qu'elles en soient chassées par les efforts que les malades font pour aller à la selle. Ces tumeurs, tout-à-fait différentes des hémorroïdes dont elles n'ont ni la rénitence ni la couleur violette, et de celles qui sont faites par le relâchement et le renversement de la membrane intérieure du rectum, lesquelles offrent un bourrelet inégal et circulaire, d'une couleur rouge brune, luisant et couvert de mucosités; ces tumeurs, dis-je, se présentent sous une forme globuleuse, sont soutenues sur une espèce de pédicule, ont une couleur d'un rouge semblable à celui du bord des lèvres, et paroissent de la même nature que les polypes des parties naturelles. La douleur qu'elles causent est souvent extrêmement vive. Cette douleur se fait principalement sentir lorsque les malades vont à la garde-robe, et elle dure long-temps après qu'ils y ont été. Elle peut être prévenue par un usage fréquent des bains, par un régime rafraîchissant, par l'attention d'entretenir une grande liberté du ventre, et appaisée par des applications émollientes et anodines; mais elle se renouvelle si souvent, qu'elle devient extrêmement incommode. J'ai vu des personnes qui en étoient cruellement tour-

mentées. Je les en ai débarrassées par des ligatures qui n'ont jamais été suivies d'accidens graves, et qui ont fait tomber en peu de jours les tumeurs qui les causoient. Quelquefois je n'ai eu qu'une tumeur de cette espèce à lier. Dans d'autres circonstances j'en ai lié plusieurs à la fois, et toujours sans inconvénient. Je ne puis donc trop recommander ce procédé qui est extrêmement simple, et pour lequel il ne faut qu'un lien de fil de soie ciré, mais que je n'aurois jamais osé mettre en usage, si je ne l'avois vu employer par d'autres : tant les mauvais succès des ligatures appliquées aux hémorroïdes, et la sensibilité exquise de la membrane intérieure des intestins, m'en avoit imposé !

Des Opérations relatives aux déplacemens de la Matrice et du Vagin.

La matrice et le vagin sont sujets à des déplacemens auxquels on remédie par des procédés qui sont du ressort de la Médecine opératoire. Ces déplacemens sont la descente, le renversement et la rétroversion de la matrice, et le renversement du vagin.

De la Descente de la Matrice.

La descente de la matrice a trois degrés différens, auxquels on donne le nom de re-

Elle a trois degrés, qui sont le relâchement,

la descente, et la chûte ou précipitation.

lâchement, de descente proprement dite, et de chûte ou de précipitation.

Signes des deux premiers.

Lorsqu'elle n'est qu'à son premier ou à son second degré, la matrice s'engage dans le vagin où l'on rencontre une tumeur pyriforme autour de laquelle il est facile de promener l'extrémité du doigt, et qui est percée à sa partie inférieure d'une ouverture placée en travers. Cette tumeur est située plus haut lorsque la matrice n'est que relâchée, et plus bas lorsqu'elle est descendue. Si le mal est parvenu à son troisième et dernier degré, la matrice se précipite entièrement au dehors. Elle entraîne alors le vagin qui est retourné sur lui-même, et une partie de la vessie qui lui est adhérente. Il arrive aussi quelquefois que plusieurs des viscères flottans du bas-ventre s'enfoncent dans l'espèce de cul-de-sac qui est formé par le vagin, et qu'ils augmentent de beaucoup le volume de la tumeur. Celle que la matrice ainsi précipitée présente est de forme alongée, presque cylindrique, et se termine par une extrémité étroite à laquelle se voit aussi une ouverture transversale qui laisse échapper le sang menstruel aux temps prescrits par la nature. La forme cylindrique de cette tumeur peut en imposer avec d'autant plus de facilité, que le vagin retourné sur lui-même, et exposé à l'action de l'air, prend quelquefois avec le temps une couleur

Signes du troisième.

couleur qui diffère peu de celle de la peau; aussi est-il arrivé que des femmes qui avoient des précipitations de matrice aient passé pour hermaphrodites, parce que la tumeur qui leur sortoit des parties naturelles a été prise pour une verge. La fille de Toulouse, dont Saviard nous a conservé l'histoire, étoit dans ce cas.

Les incommodités qui accompagnent le relâchement et la descente de la matrice, se réduisent à une pesanteur et à quelques tiraillemens dans les reins, qui augmentent lorsque les malades se tiennent debout ou lorqu'elles marchent, et qui diminuent au contraire, et même se dissipent totalement lorsqu'elles ont resté couchées pendant quelque temps. Celles qui suivent la chûte ou la précipitation de ce viscère, sont plus graves. Les malades ont plus de pesanteur et de tiraillemens dans les reins. Elles éprouvent du ténesme et de la difficulté à uriner, et ressentent quelquefois des douleurs vives dans la tumeur même qui est sujette à s'enflammer et à s'ulcérer, à raison de sa situation déclive, du frottement auquel elle est exposée, et de l'action des urines qui coulent dessus.

Il est facile de réduire la matrice quand elle n'est que relâchée ou descendue.

Il est facile de réduire la matrice lorsqu'elle n'est que relâchée ou descendue. Elle reprend souvent sa situation naturelle lorsqu'on en donne une à la malade, telle qu'étant cou-

chée sur le dos, ses reins soient un peu plus élevés que sa poitrine. Si cela ne suffit pas, les doigts portés dans le vagin la font remonter en son lieu. La malade ne ressent point de douleur pendant cette réduction qui, pour l'ordinaire, est spontanée, et cette circonstance sert à faire distinguer l'indisposition dont il s'agit d'avec les polypes de la matrice ou du vagin, lesquels ne peuvent être réduits, et dont la forme est telle qu'ils sont plus épais en bas qu'en haut, et qu'ils n'offrent point d'ouverture semblable à celle que présente le museau de la matrice.

On ne la réduit pas aussi aisément quand elle est précipitée.

Lorsque ce viscère est totalement précipité, il n'est plus aussi aisé de le replacer. Le grand nombre de parties qu'il entraîne dans sa chûte, et le gonflement qui survient quelquefois, exigent qu'on le dispose à la réduction en faisant garder le lit à la malade, en lui faisant observer un régime plus ou moins sévère, et en lui administrant les remèdes généraux, tels que les saignées, les purgatifs, les bains, les boissons délayantes, auxquels il faut joindre l'application de topiques émolliens et relâchans. Ces moyens ont souvent réussi dans des chûtes de matrice déja anciennes et devenues fort volumineuses. Ruisch ne vouloit pas qu'on tentât de réduire dans de pareilles circonstances. Il ne pensoit pas non plus qu'on dût le faire lorsque la matrice est

Ruisch ne vouloit pas qu'on y procédât lorsque la matrice est volumineuse et ulcérée.

ulcérée. Mais comme cette complication est accidentelle, et qu'elle n'est causée que par les frottemens auxquels la tumeur est exposée, et par l'âcreté des urines qui coulent dessus, on ne voit pas ce que cette pratique peut avoir de dangereux. On entrevoit au contraire, que la cause qui produit et qui entretient les ulcérations de la matrice, venant à cesser par la réduction, ces ulcérations doivent guérir peu après que le viscère a été remis en son lieu.

Lorsqu'on se rappelle la situation de la matrice, la force des ligamens destinés à la soutenir, et les connexions du vagin avec les parties qui l'avoisinent, on conçoit difficilement qu'elle soit susceptible d'un déplacement aussi considérable que celui dont il vient d'être parlé. Il est bien plus difficile encore de concevoir comment ce déplacement peut arriver pendant la grossesse, et même lorsque la matrice est parvenue à sa plus grande dilatation. Cependant ce cas s'est présenté assez fréquemment. Je pourrois en citer plusieurs exemples. Il suffira du suivant, lequel est tiré du Traité des Accouchemens de Portal. Une matrone appelée pour secourir une femme en couche, fut surprise de lui trouver entre les cuisses une tumeur de la grosseur d'un ballon. Elle pensa que c'étoit une chûte de matrice, et elle demanda du secours. Portal qui fut mandé, porta le même jugement. Il

La matrice se déplace quelquefois pendant la grossesse, et au temps de l'accouchement.

remarqua sur cette tumeur une fente de la longueur de quelques lignes, par où s'écouloit une humeur de nature muqueuse, et qu'il reconnut pour l'orifice de la matrice. La malade étoit à son premier enfant. Depuis l'âge de connoissance elle avoit une descente de matrice qu'elle faisoit rentrer aisément, mais elle n'en avoit pas été incommodée depuis qu'elle étoit enceinte jusqu'au jour précédent, que la tumeur avoit paru à la suite de quelques efforts que les douleurs lui avoient fait faire. Portal instruit de toutes ces circonstances, se détermina à dilater peu à peu l'orifice de la matrice, pour pouvoir en tirer l'enfant. Il éprouva quelques difficultés, et les premiers efforts qu'il fit causèrent à la malade des douleurs si vives, qu'il fut obligé de suspendre son opération pendant une heure. Il recommença ensuite avec plus de succès. Ses doigts qu'il introduisit l'un après l'autre opérèrent une dilatation suffisante, les eaux s'écoulèrent, l'accouchement se termina heureusement, et la réduction se fit avec assez de facilité.

On peut réduire quand la grossesse est peu avancée.

La chûte de la matrice qui arrive pendant la grossesse exige des attentions particulières. On peut y remédier par la réduction, lorsque la femme est enceinte depuis peu de temps. Si sa grossesse est avancée, ou que le mal soit déjà ancien, cette réduction devient difficile. Peut-être seroit-il plus prudent alors de laisser

la matrice en dehors, que de fatiguer la mère et l'enfant par des tentatives trop multipliées. Ce viscère ne doit cependant pas être abandonné à lui-même ; on doit le soutenir avec un bandage approprié, et faire garder le lit à la malade. Lorsque la chûte de la matrice arrive au temps même de l'accouchement, tout essai de réduction devient inutile et dangereux. Il faut dans ce cas travailler à procurer la sortie de l'enfant, en dilatant peu à peu l'orifice de la matrice que l'on aura soin de faire soutenir pendant cette opération, qui quoique laborieuse, ne présente pas autant de difficultés que lorsque la matrice est dans sa situation naturelle. L'extraction de l'arrière-faix exige beaucoup de circonspection. Elle doit être faite avec la main introduite dans la matrice, le dos tourné du côté de la face interne de ce viscère, et le dedans du côté de la face externe du placenta qu'on décolle peu à peu, en allant d'un des bords de ce corps vers son milieu.

Si cela ne se peut, il faut soutenir la matrice avec un bandage.

Toute réduction est inutile et dangereuse au temps de l'accouchement.

Il faut procurer la sortie de l'enfant par la dilatation du col de la matrice.

Ruisch vouloit que dans le cas de chûte complète, on remît à la nature le soin d'expulser l'enfant lorsqu'il est encore vivant, et que l'on se contentât de retenir en même temps l'orifice de la matrice ; mais que s'il étoit mort, on en fît l'extraction avec une main, pendant qu'on retiendroit la matrice avec l'autre. Ce sentiment est trop contraire au

Opinion de Ruisch à ce sujet.

mécanisme de l'accouchement pour pouvoir être adopté. L'expulsion de l'enfant ne se fait pas moins par la contraction du diaphragme et des muscles du bas-ventre que par celle de la matrice ; d'où il est aisé de conclure que l'un de ces deux agens venant à manquer, cette expulsion devient difficile, si elle n'est pas totalement impossible par les seules forces de la nature. Or, c'est précisément ce qui arrive ici ; car la matrice précipitée n'est plus soumise à l'action du diaphragme et à celle des muscles du bas-ventre. Bien plus, une pareille conduite deviendroit extrêmement dangereuse, parce que les efforts que la mère feroit pour se délivrer, tendroient à rendre la chûte de la matrice plus complète, et causeroient de grands tiraillemens dans les parties avec lesquelles elle a des connexions. D'ailleurs on ne voit pas pour quelle raison Ruisch prescrit d'agir diversement suivant les différens états de l'enfant. Il est vraisemblable que celui-ci est absolument passif dans l'accouchement, et qu'il ne contribue en rien à son expulsion, ou que s'il y a quelque part, ce n'est qu'en excitant la matrice à se contracter par les mouvemens qu'il exécute. Il est donc indifférent qu'il soit vivant ou mort, quant à la conduite que l'on doit tenir, et cette conduite doit être la même dans l'une et dans l'autre de ces deux circonstances.

Quel que soit le degré auquel la descente de matrice est parvenue, il ne suffit pas d'en faire la réduction. Elle ne tarderoit pas à se renouveler, si on ne s'y opposoit par l'usage des fomentations astringentes, et par l'introduction d'un pessaire. Dans le cas dont il s'agit, cet instrument doit avoir la forme d'un ovale, applati et percé dans son milieu pour recevoir le col de la matrice, et permettre l'écoulement du sang menstruel et celui des humeurs qui sortent de ce viscère. On le construit pour le plus souvent avec du liège qu'on trempe à plusieurs reprises dans de la cire, jusqu'à ce qu'il ait acquis une épaisseur convenable. Lorsqu'on veut s'en servir, on le graisse avec du beurre frais ou avec de l'huile, et on l'introduit dans le vagin par une de ses extrémités, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à la partie supérieure de ce conduit. Alors on lui donne une position transversale, telle que son grand diamètre s'étende d'un des côtés du bassin à l'autre, et que le petit porte sur le sacrum et sur la jonction des os pubis. Cet instrument veut être renouvelé de temps en temps, autrement il s'altère et se corrompt, et peut donner lieu à des maladies assez graves. Un des membres de l'Académie de chirurgie a rapporté qu'il avoit vu une fièvre putride et une inflammation de bas-ventre causées par un pessaire de liège couvert de cire, lequel s'étoit

La matrice réduite doit être contenue par un pessaire.

On le construit ordinairement avec du liège revêtu de cire.

Il est sujet à s'altérer.

putréfié dans le vagin. Rousset assure dans son ouvrage *de Partu Cæsareo*, avoir donné des soins à une femme qu'il croyoit avoir une inflammation de vessie ou de matrice, et qui fut guérie par la sortie de quelques morceaux de liège pourris, qui étoient les restes d'un pessaire qu'elle portoit depuis dix-huit ans. On a cru que des pessaires faits avec de l'or ou avec de l'argent, mettroient les femmes qui sont forcées d'en faire usage à l'abri de semblables accidens; mais l'expérience a montré qu'ils sont susceptibles de s'altérer à la longue, et qu'ils donnent lieu à des excoriations douloureuses, et suivies d'écoulemens putrides. Actuellement on en fait avec la gomme élastique seule, ou avec diverses substances, qu'on couvre d'un enduit épais fait avec cette gomme, dissoute dans un menstrue approprié. Les premiers paroissent préférables aux autres par leur souplesse, et sans doute par une moindre disposition à s'altérer.

On fait des pessaires avec de l'or et de l'argent, lesquels sont également sujets à s'altérer.

A présent on en fait avec la gomme élastique.

Il n'est aucune chûte de matrice dont on ne puisse obtenir la réduction, à quelque volume que la tumeur soit parvenue; mais il est souvent difficile de contenir cette tumeur. Si le pessaire dont on fait usage est assez grand pour porter sur le sacrum et sur le pubis, et pour résister à l'effort des parties qui tendent à le chasser, il donne de la dif-

Les pessaires de forme ovale ne réussissent pas toujours.

ficulté à uriner et à aller à la selle, laquelle est bientôt suivie de douleurs et de tension dans le bas-ventre. Si les dimensions n'en sont pas assez grandes, ou le poids de la matrice et celui des viscères qu'il est obligé de soutenir le poussent en bas au moindre effort que fait la malade pour uriner ou pour rendre des excrémens endurcis, ou, malgré sa présence, la femme incommodée éprouve une pesanteur continuelle dans la région hypogastrique, des tiraillemens dans les reins, et des douleurs dans les cuisses qui la mettent quelquefois dans l'impossibilité de marcher.

Bauhin et Saviard en ont fait construire d'autres.

Jean Bauhin et Saviard avoient déjà observé l'insuffisance des pessaires dont on se sert communément, et cette remarque les avoit conduits à en faire construire d'autres qui pussent soutenir le poids de la matrice. Celui de Bauhin étoit un cercle d'argent supporté sur une tige à trois branches. Il introduisoit cet anneau dans la partie supérieure du vagin, de manière que le col de la matrice y fût engagé, et il le maintenoit avec un ruban qui tenoit à la tige de l'instrument, et dont les extrémités étoient attachées à une ceinture. Le pessaire de Saviard consistoit en un ressort d'acier dont une des extrémités étoit fixée à une ceinture, pendant que l'autre, garnie d'un petit écusson, se récourboit jus-

qu'au-dedans du vagin, et retenoit la matrice dans sa situation naturelle. Ces deux instrumens, et sur-tout le premier, paroissent assez bien répondre aux vues de leurs auteurs, et pouvoir être employés avec succès. On pourroit suppléer à leur défaut au moyen d'une éponge ou de compresses épaisses, retenues comme les linges avec lesquels les femmes ont coutume de se garnir.

Du Renversement de la Matrice.

Il est complet ou incomplet.

Le renversement de la matrice est complet ou incomplet. Lorsqu'il est incomplet, le fond seul de ce viscère passe à travers l'ouverture de son col, et se fait sentir dans le vagin. Lorsqu'il est complet, il se retourne totalement sur lui-même, passe à travers son orifice, entraîne une partie du vagin avec lui et descend plus ou moins bas, et quelquefois jusqu'entre les cuisses de la malade. Ces deux espèces de déplacemens ne diffèrent entr'eux que d. plus au moins, et sont deux degrés d'une même maladie.

Pour le plus souvent il arrive à la suite de la sortie de l'arrière faix.

Le renversement de la matrice est, pour le plus souvent, la suite de la manière dont on a procédé à l'extraction de l'arrière-faix après l'accouchement, parce que ce viscère, dont les parois ont été considérablement distendues, n'a pas eu le temps de se contracter

sur lui-même, et parce qu'en même temps son orifice est autant dilaté qu'il puisse être. Il est aisé de comprendre comment avec de pareilles dispositions il peut suivre l'arrière-faix qui tient à ses parois, et se déplacer en se retournant. Cela arrive, 1°. lorsqu'on veut faire l'extraction du placenta avant le temps indiqué par la nature, et avant qu'elle en ait opéré le décollement. 2°. Lorsqu'on se contente de tirer sur le cordon ombilical sans soutenir la matrice avec les doigts de la main gauche, introduits dans la cavité de ce viscère. 3°. Lorsqu'on le tire avec force et par secousses. Il est vrai que le placenta se trouve quelquefois si adhérent, que son extraction est difficile, et qu'on est exposé à extraîner la matrice avec lui; mais on prévient cet accident en prenant la précaution de le décoller avec les doigts introduits dans la cavité de ce viscère, et glissés entre ses parois et le corps qu'on se propose d'extraire.

Cet accident n'est pas toujours l'effet de l'impéritie de l'accoucheur.

On ne doit pas toujours attribuer le renversement de la matrice qui suit l'accouchement, à l'impéritie de l'opérateur. Cet accident arrive souvent, quelque précaution que l'on prenne soit parce que les femmes font des efforts trop violens pour se délivrer, soit parce que le placenta est épais et lourd, soit enfin par une disposition naturelle dépendante de la matrice, disposition qu'on ne

peut prévoir, et à l'effet de laquelle on ne peut s'opposer. Ruisch a vu la matrice se renverser après la sortie de l'arrière-faix, quoique l'accouchement eût été heureux, et que la personne eût été délivrée sans effort. Cette disposition est fort commune aux personnes qui ont déjà éprouvé l'espèce de déplacement dont il s'agit. On lit dans Amand, qu'une femme qui avoit eu un renversement de matrice à sa première couche, et qui en avoit été guérie par ses soins, le pria de l'accoucher à sa seconde grossesse. Ce second accouchement auroït été aussi fâcheux que le premier, si Amand, ayant trouvé la matrice disposée à se renverser, n'eût introduit la main dans la cavité de ce viscère, pour décoller le placenta avant d'en faire l'extraction.

Il dépend quelquefois de causes qui n'ont aucun rapport à l'accouchement.

Outre les causes de renversement qui sont relatives à l'accouchement, il y en a d'autres qui n'y ont aucun rapport. Celles-ci ont été ignorées long-temps. Ruisch, Mauriceau, Lamotte croyoient encore que le renversement de la matrice ne pouvoit avoir lieu que lors de l'extraction du placenta, ou peu de temps après. Ce déplacement leur sembloit impossible dans toute autre circonstance, tant parce que la matrice a beaucoup d'épaisseur et de solidité, que parce que le col de ce viscère est fort étroit, et que son orifice est extrêmement resserré. Cependant il est prouvé

par beaucoup de faits, que cette maladie peut dépendre de causes internes, et survenir indifféremment aux femmes qui n'ont point eu d'enfans, et à celles qui viennent d'en mettre au monde. Les polypes utérins peuvent être mis au nombre de ces causes. Comme leur pédicule est implanté vers le fond de la matrice, et qu'il y est fort adhérent, lorsque ce viscère est d'une contexture lâche et molle, ils l'entraînent d'autant plus aisément, que l'action qu'ils exercent sur lui, et qui dépend de leur pesanteur, est continue et uniforme. On peut aussi y mettre les pertes de sang auxquelles les femmes sont si sujettes, tant parce qu'elles relâchent le tissu de la matrice, que parce qu'elles sont ordinairement accompagnées de douleurs vives qui excitent le diaphragme et les muscles du bas-ventre à se contracter, et à agir sur ce viscère avec toute la force dont ils sont capables.

Signes du renversement qui arrive après l'accouchement.

Lorsque le renversement de la matrice a lieu après l'accouchement, il a des signes auxquels il est facile de le reconnoître. La matrice qui est dans sa situation naturelle se présente dans la région hypogastrique sous la forme d'une tumeur ronde et circonscrite; mais lorsqu'elle est enfoncée et retournée sur elle-même, cette tumeur ne s'y trouve plus, et on ne sent au lieu qu'elle a coutume d'oc-

cuper, qu'un vide sur lequel on peut fonder ses soupçons, jusqu'à ce qu'ils soient vérifiés par le toucher immédiat. Si le renversement est incomplet, ce toucher fait appercevoir dans le vagin une tumeur qui a la forme d'un segment de sphère presqu'égale à sa superficie, et entourée par le col de la matrice, comme par une espèce de bourrelet autour duquel il est aisé de promener l'extrémité du doigt, soit qu'on le porte entre ce bourrelet et la tumeur, ou entre ce même bourrelet et le vagin. Si le renversement de la matrice est complet, on trouve dans le vagin, et quelquefois hors des parties naturelles et entre les cuisses de la malade, une tumeur irrégulièrement ronde, sanglante, dont la surface est unie, et qui est suspendue par un collet autour duquel se trouve un bourrelet formé par l'orifice de ce viscère. Dans le renversement incomplet, les malades ressentent des douleurs aigues dans les aînes et dans les reins, une pesanteur incommode à la région hypogastrique, et un ténesme qui, les forçant à faire de violens efforts, précipite la matrice de plus en plus, et la renverse absolument. Il se joint souvent à ces symptômes une perte de sang plus ou moins abondante. Mais lorsque le renversement est complet, les douleurs sont plus vives, la perte de sang plus consi-

Lorsqu'il est incomplet.

Lorsqu'il est complet.

dérable, et les malades éprouvent des foiblesses qui sont quelquefois suivies de sueurs froides, de convulsions et de délire.

Il faut faire la réduction de la matrice.

La réduction est le seul moyen par lequel on puisse espérer de calmer les symptômes dont on vient de parler. Elle doit être d'autant plus prompte, que ces symptômes sont plus pressans, et le moindre délai pourroit être fort préjudiciable. Quelques femmes périssent en peu d'heures, et si elles résistent davantage, la réduction devient très-difficile, parce que la matrice et son col se resserrent de plus en plus. Quelques-uns proposent de se garnir les doigts avec des bandelettes de linge fin avant d'y procéder. Ils craignent sans doute que la matrice ne soit endommagée dans les différens mouvemens qu'il faut faire pour la replacer en son lieu. Mais outre que cette crainte est chimérique, puisque ce viscère se consolide aisément lorsqu'il a été excorié par quelque cause que ce soit, il est évident que les doigts présentent une surface assez égale pour ne pas craindre qu'ils fassent une impression fâcheuse. D'ailleurs on auroit moins de facilité par ce procédé qui prive celui qui opère de l'avantage de toucher, et qui empêche de sentir les progrès de l'opération. La manière de la faire ne peut être fixée par des préceptes. Il faut se conduire d'après les circonstances, et ne pas se rebuter par les difficultés qu'elle

Manière d'y procéder.

présente, tant que les forces des malades paroissent y suffire. Si des attouchemens indiscrets avoient excité de l'irritation, et fait naître dans la partie plus d'engorgemens que le mal même n'a coutume d'en produire, il seroit bon de préparer le succès de l'opération par des saignées, des bains, des applications émollientes, des calmans, enfin par tous les moyens capables de procurer du relâchement.

Calmer le spasme et les douleurs, quand on ne peut y réussir.

Lorsque le renversement de la matrice est complet, et que la réduction n'a pas été faite à temps, il faut chercher à calmer le spasme et les douleurs que cet accident a fait naître, et attendre ce que la nature peut opérer en faveur des malades. Beaucoup périssent. Quelques-unes survivent avec des pertes fréquentes qui se terminent par la cachexie, et avec un sentiment de gêne et de pesanteur très-incommode. J'en ai vu deux dont la matrice étoit déplacée depuis plus de six mois, et qui pouvaient vaquer aux soins de leur ménage; et on m'a assuré que plusieurs portaient cette maladie depuis plusieurs années.

Le renversement complet est quelquefois suivi de gangrène.

On a proposé dans ce cas, de faire l'extirpation de la matrice.

Une des suites les plus fâcheuses qu'elle puisse avoir, c'est d'être suivie d'un engorgement inflammatoire si considérable, qu'il est à craindre qu'il ne se termine par la gangrène. On a proposé dans ce cas de faire l'extirpation de la matrice. Les succès qu'on

a

a obtenu de cette opération ne sont point avantageux, La plupart des femmes à qui on l'a faite sont mortes. Il n'est cependant pas impossible qu'il en échappe quelques-unes. On voit un exemple de sa réussite dans le Traité des liqueurs de Vieussens. Une femme âgée de trente ans, exposée à des travaux rudes, eut un relâchement de la matrice qui lui sortit hors des parties naturelles, sous la forme d'une tumeur ronde, de couleur rouge et grosse comme les deux poings, que Vieussens et plusieurs autres jugèrent être un renversement de la matrice. D'autres consultans dirent qu'elle étoit faite par le renversement du vagin. Cette différence d'avis n'empêcha pas qu'ils ne convinssent qu'il falloit lier la tumeur le plus haut possible, et couper au dessous de la ligature, parce que sa grosseur extraordinaire et son excessive sensibilité ne permettoient pas d'en faire la réduction. Lorsque cette opération eut été faite, l'examen de la partie ne permit plus de douter que ce ne fût la matrice renversée en dehors, extrêmement gonflée, et sortie du corps par son trop grand relâchement. Les règles se supprimèrent pendant neuf à dix ans; mais elles se rétablirent pendant quatre à cinq autres. La santé de la malade étant fort affoiblie, elle mourut d'une inflammation d'entrailles. Son corps fut ouvert le lendemain

Obs. de Vieussens.

en présence du plus grand nombre des médecins et des chirurgiens qui avoient été consultés lors de son opération. On vit alors que la plaie faite à la matrice étoit parfaitement cicatrisée, et qu'il n'étoit resté de cet organe qu'une portion de son col, qui étoit dure et calleuse.

L'unique raison qui eût déterminé à faire l'extirpation de la matrice fut qu'elle étoit extrêmement engorgée. Il eût été possible de la ramener à un état tel, que les incommodités qui devoient résulter de son renversement fussent supportables. On auroit évité à la malade une opération douloureuse et qui lui a fait courir les plus grands dangers. S'il y avoit menace de gangrène, ou que cette terminaison eût lieu, quel parti faudroit-il prendre ? celui de calmer les accidens et de favoriser la chûte des eschares, ou celui de les prévenir par des applications convenables.

Obs. de Rousset.

Rousset nous a conservé un exemple de la réussite de ce procédé, dans un cas qui mérite d'être rapporté. Une femme, aussi livrée à des travaux pénibles, eut un renversement de la matrice dont les progrès furent assez lents, et tels qu'on pouvoit la réduire; le mal augmenta avec le temps, et il devint si considérable, que la réduction de la tumeur fut impossible. Cette tumeur, d'où il suintoit continuellement une sanie abondante, et que

les frottemens et les alluvions d'urine auxquelles elle étoit continuellement exposée, excorioient, causoit beaucoup d'incommodités à la malade. On ne put douter qu'elle ne fût faite par la matrice renversée, parce qu'on lui voyoit fournir, au temps des règles, des gouttes de sang qui suintoient de divers endroits de sa surface. Six ans après elle augmenta beaucoup de volume, prit une couleur livide, et se couvrit d'eschares qui déterminèrent Rousset à proposer d'en faire l'extirpation. La malade s'y opposa. Mais un jour qu'elle rendoit ses urines, elle sentit cette masse dont le pédicule alongé étoit devenu fort mince, se détacher en entier. Des gens de l'art qui étoient à portée de l'examiner, reconnurent qu'elle étoit véritablement faite par la matrice. La malade se rétablit et reprit ses occupations ordinaires. Trois ans après elle mourut. Rousset, curieux de voir quel étoit l'état de ses viscères, se procura la facilité d'en faire l'ouverture, quoiqu'elle fût inhumée depuis trois jours. Il trouva que la matrice manquoit entièrement, et que le lieu qu'elle a coutume d'occuper étoit rempli par des portions d'intestins grêles. Le manche du scalpel dont Rousset faisoit usage, introduit dans la partie la plus profonde du bassin, sortit par les parties naturelles sans éprouver d'obstacles, ce qui lui donna la plus entière

conviction non-seulement que c'étoit la matrice même qui s'étoit détachée, mais encore que son col étoit demeuré ouvert à la partie supérieure du vagin. Aussi la malade se plaignoit-elle, depuis son accident, d'un froid extraordinaire dans le ventre lorsque l'air étoit moins chaud qu'à l'ordinaire, et lorsqu'elle n'avoit pas eu le soin de se garnir.

On a aussi proposé d'extirper la matrice dans le cas de chûte de ce viscère.

On ne s'est pas contenté de proposer l'extirpation de la matrice lorsqu'elle est entièrement renversée, douloureuse, et qu'elle ne peut plus être réduite à cause du resserrement de son col. Beaucoup ont cru que cette opération seroit utile dans le cas de chûte complète de ce viscère, lorsqu'il y a une grande tuméfaction, et que la tumeur paroît menacer de gangrène. Ils ont rapporté des exemples que l'on croiroit favorables au succès de cette opération, si on ne savoit quelle a pu être la cause de leur méprise. Des polypes qui naissent du fond de la matrice, prennent souvent un volume assez considérable pour ne pouvoir plus être contenus au-dedans des parties naturelles; ils peuvent être extirpés sans inconvénient au moyen de la ligature, et ils le sont toujours avec avantage pour les malades. Il est vraisemblable que ce sont des tumeurs de cette espèce qui en ont imposé, et qui ont été prises pour

On a cité des exemples de la réussite de cette opération, mais les tumeurs extirpées n'étoient que des polypes.

des déplacemens de la matrice. Autrement les succès obtenus n'auroient pas été constans, ou plutôt les femmes auxquelles on a cru avoir extirpé ce viscère auroient péri. On doit effectivement penser que la matrice ne peut tomber ou être chassée au dehors, sans entraîner le vagin auquel tient la vessie en devant et le rectum en arrière, et que ce canal renversé doit former un cul-de-sac dans lequel il est possible qu'il s'engage quelque portion d'intestins, sans parler des trompes et des ovaires qui doivent suivre la matrice, et qui reçoivent des vaisseaux sanguins d'un fort gros calibre. Tel est le jugement que les praticiens les plus sensés ont porté de l'extirpation de la matrice tombée ou précipitée. Il y en a même plusieurs, tels que Kerkring, Roonhuisen, et sur-tout Job a Méekren, qui ont cru que la matrice ne pouvoit jamais se déplacer au point de sortir par les parties naturelles, et que, par conséquent, on ne peut en avoir fait l'extirpation dans cette circonstance; mais ils se sont manifestement trompés sur la possibilité de la chûte de la matrice, laquelle arrive assez souvent aux femmes non-enceintes, et à celles qui le sont. On peut consulter à ce sujet Job a Méekren, chap. 54, lequel a pour titre : *De procidentiâ uteri falsâ;* et une observation de Jean-Guillaume Widman, intitulée : *De Vaginæ rugosâ procidentiâ*,

Jugement des praticiens à cet égard.

verum uteri corporis prolapsum referente. Ephémérides des Cur. de la Nat. obs. 98.

Il n'est pas aisé de reconnoître le renversement de la matrice qui arrive hors de l'accouchement.

S'il est aisé de reconnoître le renversement de la matrice qui se fait peu de temps après l'accouchement, il n'en est pas de même de celui qui arrive dans toute autre circonstance, quoiqu'il présente les mêmes signes; car, comme il est plus rare et inattendu, il est fort aisé de s'y méprendre. Ce renversement se fait pour le plus souvent par degré, et ne devient jamais complet. L'attention la plus légère suffit pour le distinguer d'avec les polypes utérins, avec lesquels on l'a quelquefois confondu. En effet, le polype a toujours un pédicule plus ou moins étroit; il est peu sensible, et n'est pas susceptible de réduction; au lieu que la matrice forme une tumeur demi-sphérique, quelquefois un peu alongée, mais plus grosse à son principe qu'à son extrémité, qu'elle est toujours sensible, et qu'elle se réduit assez facilement.

Réduire,

La réduction est encore le seul moyen auquel on doive avoir recours, soit que le renversement ait été causé par le poids d'un polype, soit qu'une perte de sang y ait donné lieu; mais elle est inutile lorsqu'il vient d'un embonpoint fort considérable. Sa cause toujours subsistante, déplaceroit bientôt la matrice comme auparavant.

Et mettre un pessaire.

Dans ce cas, il faut se contenter de mettre un pessaire à la malade, moins pour

s'opposer au progrès du renversement, que pour soutenir en quelque sorte le poids des viscères du bas-ventre, qui force la matrice à descendre dans le vagin, en même temps qu'il pousse son fond à travers son orifice.

De la Rétroversion de la Matrice.

Il y a rétroversion de la matrice, lorsque le fond de ce viscère entraîné par sa pesanteur, et poussé de haut en bas par l'action du diaphragme et des muscles du bas-ventre, s'engage entre le sacrum et la paroi postérieure du vagin, pendant que son col se porte du côté de la jonction des os pubis. Cette espèce de déplacement n'a commencé à être connue que depuis le milieu de ce siècle. Grégoire, membre du collége de chirurgie de Paris, est le premier qui en ait parlé dans les leçons particulières qu'il donnoit sur l'art des accouchemens. Walter Wal, chirurgien anglais, qui l'avoit suivi, ayant cru reconnoître la maladie dont il s'agit, sur une femme enceinte de quelques mois, fit appeler Hunter le médecin, afin qu'il l'aidât de ses conseils. Les soins qu'ils donnèrent à la malade n'eurent aucun succès. Cette femme, attaquée de constipation et de rétention d'urine opiniâtre, mourut le huitième jour. On lui avoit trouvé dans le bassin une tumeur volumineuse qui

Ce que c'est.

Ce déplacement a été reconnu par Grégoire, chirurgien de Paris.

Il a été observé par Walter Wal, chirurgien anglais.

le remplissoit en entier, et qui appliquoit le vagin aux os pubis. Cette tumeur n'avoit pu être repoussée dans le ventre, quoiqu'on eût fait mettre la malade sur les genoux et sur les coudes, et qu'on lui eût introduit une main dans le vagin, et deux doigts de l'autre dans le rectum. On fut curieux de voir quel étoit l'état des choses. L'ouverture du corps montra que la vessie excessivement pleine d'urine, remplissoit presque toute la partie antérieure du bas-ventre, comme la matrice la remplit pendant le dernier mois de la grossesse. Lorsqu'elle eut été vidée, la partie de cette poche membraneuse à laquelle les uretères viennent aboutir, et qui tient au vagin et au col de la matrice, se trouva relevée jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin, par une large tumeur qui en remplissoit entièrement la cavité, et qui n'étoit autre chose que la matrice. Un cathéter poussé dans le vagin soulevoit ce viscère et le sommet de la tumeur. Ce sommet sur lequel posoit la vessie, étoit formé par le col de la matrice, pendant que le fond de ce viscère étoit tourné en en bas vers le coccyx et vers l'anus. Il avoit acquis un tel volume, et il étoit si fortement engagé dans le bassin, qu'on ne put l'en tirer qu'après avoir coupé la symphyse des os pubis, et après avoir écarté les deux os innominés. On ne pouvoit dire quelle

étoit la cause de ce déplacement, la malade n'ayant point fait d'effort ni de chûte, et n'ayant éprouvé qu'une peur à la suite de laquelle elle avoit commencé à être incommodée.

Hunter, frappé de la singularité de cette maladie, a cru devoir exciter l'attention des gens de l'art à son sujet, et il en a fait le sujet d'une lecture à ses élèves, au mois d'octobre 1754. Depuis ce temps il a été consulté par plusieurs personnes qui en étoient attaquées, mais d'une manière moins vive. Elles étoient toutes au troisième mois de leur grossesse, et elles ont commencé à être incommodées de difficulté et ensuite de suppression d'urine, puis de constipation. Il a toujours fait vider la vessie par l'introduction de la sonde et par l'usage des lavemens, et il a quelquefois vu que ces moyens réussissoient. La matrice se remettoit d'elle-même dans sa position ordinaire. Dans tous les cas, l'accident a cessé de reparoître lorsque la grossesse devenoit plus avancée, et que la matrice acquéroit de plus grandes dimensions. Le succès n'a pas toujours été le même; lorsque Hunter a été appelé trop tard, les tentatives de réduction ont été infructueuses, et les femmes sont mortes. Il étoit tellement persuadé de l'impossibilité de sauver les femmes qui étoient dans ce cas, sans employer des

Guillaume Hunter en a fait le sujet d'une de ses lectures, en 1754.

Résultat de ses observations.

moyens extraordinaires, qu'il a pensé qu'on pourroit essayer de diminuer le volume de la matrice, en portant un trois quarts dans le corps de ce viscère, à travers la paroi postérieure du vagin, pour vider une partie des eaux de l'amnios, dont on sait que la quantité respective est plus grande au commencement de la grossesse, qu'à une époque plus avancée. Il seroit possible que cette ponction permît de replacer la matrice; mais en même-temps il seroit extrêmement à craindre qu'elle ne l'excitât à entrer en contraction, et qu'elle ne déterminât l'expulsion prématurée de l'enfant. On n'auroit rien de semblable à craindre de la ponction faite à la vessie au-dessus du pubis, laquelle offrant un libre cours aux urines qu'elle contient, mettroit toutes les parties à l'aise, et pourroit rendre la réduction de la matrice plus facile.

Il a proposé de plonger un trois-quarts dans la matrice.

Les inconvéniens de ce procédé.

Il vaut mieux vider la vessie par la ponction.

Jean Linn, chirurgien en la comté de Suffolk, a vu la vessie se rompre et les urines se répandre dans le ventre à la suite de la rétroversion de la matrice, parce que la malade ne voulut pas permettre qu'on lui fît cette opération. Cette femme, âgée de quarante ans, d'une constitution lâche, mère de plusieurs enfans, et enceinte depuis quatre mois, eut d'abord un renversement de vagin auquel elle étoit sujète depuis long-temps. Il

Cette poche s'est crevée chez une femme à qui Linn donnoit ses soins.

y avoit peu de jours que la tumeur étoit réduite, lorsque ayant fait un faux pas, elle sentit quelque chose se déranger dans son ventre, et lui tomber vers le bas du dos. Elle fut attaquée sur-le-champ de constipation, de rétention d'urine, de nausées et de douleurs dans le ventre. Les moyens qui furent employés n'ayant pas produit de soulagement, Linn soupçonna une rétroversion de la matrice, et porta les doigts dans le vagin pour s'en assurer. Il fut arrêté par une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, laquelle occupoit la partie postérieure de ce conduit, et descendoit jusqu'au périné. Le deplacement de la matrice bien connu, il voulut la réduire. La malade fut mise en diverses positions, et l'on introduisit les doigts de l'une des mains dans le vagin, et ceux de l'autre dans le rectum. L'usage de la sonde ne fut pas oublié, mais on ne put la pousser assez avant pour atteindre jusqu'au siége des urines. Les lavemens étoient arrêtés dès l'entrée du rectum. Il y avoit une tension excessive au ventre, et sur-tout à la région qu'occupe la vessie. On lui proposa d'y faire la ponction; mais elle s'y refusa, et dit qu'elle aimoit mieux subir le sort dont elle étoit menacée. Le septième jour de sa maladie elle étoit extrêmement affoiblie; il lui survint des nausées et des hoquets, précurseurs de la gan-

grène qui devoit avoir lieu. Elle sentit enfin quelque chose crever dans son ventre. Le calme qui succéda ranima son espérance; mais ce ne fut pas pour long-temps; car, après s'être délivrée de l'enfant qu'elle portoit, elle tomba dans un grand accablement, et elle mourut le lendemain au matin. On trouva, à l'ouverture de son corps, que la vessie, gangrenée dans quelques points de son étendue, s'étoit crevée, et que les urines s'étoient répandues dans le ventre à la quantité de dix pintes.

La rétroversion de la matrice est une maladie très-dangereuse.

On peut conclure de ces faits, que la rétroversion de la matrice est une maladie excessivement dangereuse; mais elle n'est pas toujours mortelle, sur-tout lorsque la personne est à portée de recevoir des secours avant que le mal ait fait beaucoup de progrès. Elle n'a lieu que pendant les premiers mois de la grossesse, et chez les femmes en qui le bassin est fort évasé, pendant que son détroit supérieur est resserré. Si la matrice qui l'occupe alors vient à y être retenue par une grande distension de la vessie, et qu'elle soit pressée contre les parois osseuses de cette cavité, pendant qu'elle écarte celles qui sont molles, elle s'y trouve en quelque sorte enclavée, et ne peut plus changer de position. Ce viscère devenu immobile exerce sur les parties voisines une pression qui réagit

sur lui, et qui attire des maux incalculables. Les premiers soins qu'il faille donner aux femmes attaquées de ce genre de déplacement, doivent tendre à procurer la sortie des urines et des gros excrémens, et à obtenir du relâchement par tous les moyens connus. Enfin on doit se hâter de faire la réduction en faisant prendre une situation favorable, et en exerçant des pressions méthodiques par le rectum et par le vagin. Si on est assez heureux pour y parvenir, on fait garder le lit, on procure la liberté du ventre, on conseille de céder aux premiers besoins de rendre les urines, on recommande d'éviter tout effort, et l'on attend que l'augmentation de volume qui doit arriver avec le temps, empêche la matrice de retomber dans le petit bassin.

Ce qu'on doit faire pour y remédier.

Du Renversement du Vagin.

Le renversement du vagin a divers degrés auxquels on donne le nom de relâchement, de descente et de chûte, suivant que cette partie descend plus ou moins bas. Il n'est pas formé par le renversement de toutes ses tuniques, comme celui de la matrice l'est par celui de la totalité des parois qui en font l'épaisseur, et qui se retournent comme un doigt de gant. Celle qui est intérieure est la

Ce renversement a divers degrés.

Il est formé par l'engorgement de la membrane intérieure du vagin.

seule qui se déplace, en vertu de l'engorgement qui s'y forme, et de l'épaisseur qu'elle acquiert. Le renversement du vagin se présente sous la forme d'un bourrelet irrégulièrement plissé, au milieu et au fond duquel on trouve le col de la matrice descendu plus bas qu'a l'ordinaire. Ce bourrelet augmente ou diminue, selon que la malade se tient debout ou couchée pendant quelque temps; il est accompagné d'un sentiment de pesanteur à la région hypogastrique, de ténesme et de difficulté d'uriner occasionnés par le changement de direction du canal de l'urèthre.

Tel est le renversement du vagin dans ses commencemens; mais lorsqu'il est ancien, et que les malades sont restées long-temps sans secours, l'engorgement de la tunique intérieure de ce canal augmente de plus en plus; la tumeur qu'elle forme devient plus considérable, et cette tumeur s'alonge et se durcit. Dans cet état elle conserve encore à sa partie inférieure une ouverture par laquelle on voit se faire les écoulemens ordinaires. Les incommodités que les malades éprouvent sont les mêmes que celles que produit la descente de la matrice, avec laquelle ce déplacement a beaucoup de ressemblance. Il en diffère cependant en ce que la tumeur formée par la descente de matrice est dure

et terminée par une extrémité étroite, d'autant plus semblable à un museau de tanche auquel on l'a comparée, que l'on y voit une ouverture longuette et disposée en travers; au lieu que la tumeur que présente la descente du vagin est molle, plus épaisse en bas qu'ailleurs, et que l'ouverture qui s'y remarque est irrégulière.

Comment il faut y remédier.

Lorsque ce déplacement est récent, il est facile de réduire le vagin, et de le contenir avec un pessaire: mais lorsqu'il est ancien, il n'est pas aisé d'en faire la réduction ni de prévenir le retour du mal. Il faut employer les adoucissans et les relâchans, et sur-tout faire garder le lit à la personne incommodée, pour détendre les parties, et empêcher qu'elles ne continuent de se porter au dehors, en faisant porter un bandage à ressort dont un des bouts tient à une ceinture, pendant que l'autre vient appuyer sur une éponge qui a été placée à l'entrée du vagin.

Ce qu'il faut faire si la tumeur est menacée de gangrène.

L'engorgement de la tunique interne de ce canal replié sur lui-même augmente quelquefois à un point tel, que la tumeur qui en résulte tombe en mortification. Plusieurs conseillent de l'extirper. Ils se fondent sur l'autorité de quelques praticiens distingués, et sur le peu de danger dont cette opération doit être suivie. S'il étoit possible de discerner le renversement du vagin parvenu

à cet état, d'avec la chûte de la matrice, le procédé dont il s'agit seroit le plus prompt et le plus sûr. L'incertitude où l'on est à cet égard doit, engager à s'abstenir de toute opération, parce qu'elle feroit courir des risques excessifs à la malade, si elle portoit sur la matrice. Il vaut mieux s'en tenir à l'administration des médicamens tant internes qu'externes dont on a coutume de se servir pour fixer la gangrène, et attendre que les parties qui en sont attaquées se détachent d'elles-mêmes.

De la Castration.

Cas qui l'exigent.

La castration ou le retranchement d'un ou des deux testicules, ne doit avoir lieu que lorsque ces organes ne peuvent être conservés sans danger pour la vie des malades. Les cas qui l'exigent sont les contusions graves, les ulcères fongueux, le sarcocèle, l'hydrosarcocèle et le carcinôme du testicule. Si donc à la suite d'un coup sur les bourses, il survient un gonflement considérable avec effusion de sang dans la tunique vaginale, et si, ayant ouvert cette poche pour en tirer

Ecrasement du testicule.

le fluide épanché, on trouve le testicule déchiré, froissé, contus et en quelque sorte désorganisé, on ne peut se dispenser de procéder à son extirpation. On doit se conduire

duire de la même manière lorsqu'à la suite d'un tubercule ou d'un abcès en cette partie, occasionné par une lésion quelconque ou produit par une cause intérieure, il sort de l'ouverture de cet abcès des chairs fongueuses qui se boursoufflent et se renversent de côté et d'autre, et qui rendent un pus séreux et mal digéré. Il est quelquefois aussi nécessaire de faire la castration dans le cas du sarcocèle, que dans ceux dont il vient d'être parlé. Cette maladie a pour le plus souvent son siége dans la substance même du testicule qui s'engorge, se tuméfie et s'endurcit plus ou moins ; car je l'ai vu une fois rester molle et fongueuse, quoique la tumeur eût acquis un volume énorme, et qu'elle prît encore de l'accroissement. Quelquefois le sarcocèle est produit par des fongosités qui s'élèvent de la surface du testicule, ou par l'engorgement de l'épididyme qui s'étend en tous sens sur cet organe, de sorte qu'on le trouve sain au milieu de la substance fongueuse ou squirreuse dont il est environné. L'hydro-sarcocèle, qui ne diffère du sarcocèle qu'en ce qu'il s'est fait un ou plusieurs amas d'eau sous la tunique albuginée qui augmentent beaucoup le volume de la tumeur, exige le même traitement. Enfin, la castration est indispensable lorsque des douleurs lancinantes annoncent qu'une des maladies du testicule dont il vient

Ulcère fongueux de cet organe.

Sarcocèle.

Hydro-sarcocèle.

d'être parlé prend un caractère carcinomateux.

Les deux dernières maladies sont les plus fréquentes.

Le sarcocèle et l'hydro-sarcocèle sont les plus fréquentes de ces maladies. Tant que les progrès en sont peu considérables, on doit tenter de les guérir par un régime sain, par des applications émollientes et résolutives, et par l'usage interieur des fondans mercuriaux combinés avec les purgatifs. En procédant ainsi, on parvient quelquefois à résoudre l'engorgement, ou du moins à le borner de manière qu'il n'augmente plus, et qu'il reste stationnaire. Alors il n'apporte presque point de dérangement dans la santé, sur-tout si le malade a l'attention d'observer un régime sain, d'éviter les exercices violens, de ne pas faire d'excès avec les femmes, et de soutenir les testicules avec un suspensoire qui prévienne les tiraillemens que sa pesanteur doit causer.

Il faut s'assurer de l'état du cordon.

Lorsque la castration paroît le mieux indiquée, l'état du cordon spermatique demande beaucoup d'attention. S'il est engorgé jusqu'à l'anneau, et qu'en même temps il soit dur, inégal, sensible au toucher, et que le malade se plaigne de douleurs qui s'étendent vers la région des lombes, on ne doit pas se hasarder à faire cette opération. Il faut à plus forte raison s'en abstenir lorsque le malade a le teint livide et plombé, lors-

que sa peau est sèche et brûlante, et lorsqu'il est émacié par une fièvre habituelle. Si au contraire le cordon n'est que médiocrement gros, si le malade n'y ressent pas de douleurs, ou que celles qu'il éprouve se calment par le repos et par l'usage du suspensoire, et que son aspect soit sain, on peut espérer un heureux succès. Il est rare en effet que le testicule soit malade sans que le cordon augmente de volume, soit parce que ses vaisseaux deviennent variqueux, soit parce que ses membranes s'épaississent. Le célèbre La Peyronnie a fait l'extirpation du testicule à un homme qu'il venoit d'opérer d'une hernie avec gangrène, quoique l'engorgement de cet organe s'étendît le long du cordon spermatique, dont la grosseur étoit telle qu'il avoit deux pouces de diamètre. Il s'éleva de l'extrémité de ce cordon un tubercule fongueux qu'il fallut extirper par la ligature. Le succès répondit à la sage hardiesse du chirurgien. D'ailleurs il est plusieurs fois arrivé que la grosseur du cordon ait été occasionnée par une portion d'intestin ou d'épiploon qui s'y étoit glissée. Aussi Garengeot, et Sharp après lui, donnent-ils le conseil de l'ouvrir lorsqu'il est tuméfié, afin d'éviter de comprendre ces viscères dans l'anse de la ligature.

La Peyronnie a opéré dans un cas où le cordon avoit deux pouces de diamètre.

Le procédé de la castration est fort simple. Tout ayant été disposé pour cette opération

Manière d'opérer.

et la partie étant rasée, on fait coucher le malade sur le côté droit de son lit, quel que soit le testicule qu'il s'agit d'emporter. Si la tumeur est médiocrement grosse, et qu'elle ne soit pas ulcérée, le chirurgien soulève les tégumens qui répondent à sa partie supérieure avec le pouce et le doigt indicateur de ses deux mains, de manière à leur faire faire un pli transversal. Il fait tenir ce pli par un aide placé à la gauche du malade, et il le tient lui-même de son côté, puis il le coupe jusqu'à sa base avec un bistouri à tranchant convexe, et il continue d'inciser de haut en bas. Au lieu de procéder de cette manière, on peut également bien tendre les tégumens entre le pouce et le doigt du milieu de la main gauche, et les couper en portant le tranchant du bistouri sur la tumeur. Si l'incision qu'on vient de faire n'a pas assez d'étendue, on la prolonge en haut et en bas, au moyen d'une sonde cannelée et pointue qu'on introduit sous la peau, comme dans l'opération de la hernie, jusqu'à ce que d'une part on se soit élevé vis-à-vis la partie supérieure de l'anneau, et que de l'autre on soit descendu jusqu'à la partie inférieure de la tumeur. Cette précaution est utile en ce qu'elle permet d'opérer sur le cordon plus aisément que s'il étoit caché sous les tégumens, et qu'elle prévient les collections de

Fendre les tégumeus,

pus qui pourroient se faire dans le tissu des bourses, s'il y restoit un vide en forme de cul-de-sac d'où il ne pût s'écouler. Si la tumeur est grosse, ulcérée, et que les tégumens qui la couvrent se trouvent aussi amincis, et d'une couleur différente de celle qui leur est ordinaire, il faut faire sur la tumeur même, et sans les élever en pli, deux incisions en forme de croissant, alongées, qui se regardent par leur concavité, et qui circonscrivent un lambeau qui sera enlevé avec le testicule, sans en être détaché.

Ou en emporter un lambeau ovale.

De quelque manière qu'on ait incisé les tégumens, il faut mettre le cordon à nu en coupant le tissu cellulaire et graisseux qui le couvre, à l'aide d'une pince à disséquer qui écarte ce tissu, ou d'une sonde cannelée qui en soulève les feuillets, mais sans isoler le cordon. Au contraire, il vaut mieux lui conserver ses adhérences. Lorsqu'il paroît plus gros qu'il ne doit l'être, on cherche si cette augmentation de volume n'est pas due à quelque portion d'intestin ou d'épiploon qui se soit glissée dans son épaisseur; après quoi on le soulève avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, pour passer derrière lui, à quelque distance de l'anneau, une aiguille courbe ordinaire, armée d'un lien de fil qui doit rester sans usage pour le moment, mais qui pourroit devenir bien utile

Mettre le cordon à nu.

Passer dessous un lien d'attente.

dans la suite, si le procédé dont on va se servir pour arrêter l'hémorragie, manquoit son effet. Ce lien d'attente placé, on fait saisir le cordon spermatique aussi bas qu'il est possible par l'aide qui a soutenu le pli des tégumens, on lui recommande de le serrer entre les doigts, on le coupe en travers avec le bistouri au-dessous de l'endroit étranglé, et on procède à la séparation et au retranchement du testicule. Lorsque le tissu cellulaire est lâche, on peut le déchirer avec les doigts; lorsqu'il est serré, on le coupe avec le bistouri, avec l'attention de ménager les tégumens, et sur-tout l'urèthre, dont ce corps s'approche quelquefois, et avec lequel je lui ai vu de fortes adhérences dans des cas où il avoit acquis beaucoup de volume, et où il avoit contracté une dureté carcinomateuse qui s'étendoit en quelque sorte sur le tissu cellulaire et graisseux dont ce conduit étoit entouré.

Le faire saisir et serrer très-bas par un aide.

Le couper près le testicule.

Séparer ce corps.

Le testicule ôté, le chirurgien fait usage du moyen qu'il a choisi pour se rendre maître du sang que le cordon spermatique pourroit fournir. Le Dran vouloit que ce cordon fût froissé et contus entre les doigts avant qu'on le coupât, et il croyoit que ce procédé, analogue à celui que les femelles des quadrupèdes emploient pour couper le cordon ombilical de leurs petits, suffisoit pour pré-

Arrêter le sang.

Le Dran vouloit qu'on froissât le cordon.

venir l'hémorragie. Depuis on a employé la compression avec succès. Pour la faire, on garnit de tous côtés l'extrémité du cordon avec des bourdonnets un peu fermes, et après lui avoir procuré un point d'appui suffisant, on en matelasse le bout avec des bourdonnets semblables, que l'on contient au moyen d'un appareil méthodiquement appliqué. On s'est aussi servi de la ligature. On la pratiquoit en passant une seconde aiguille derrière le cordon, le plus près du testicule qu'il est possible, pour placer un autre lien avec lequel on embrassoit toute son épaisseur, et qu'on nouoit quelquefois sur une compresse interposée, et quelquefois sur le cordon même. On coupoit ensuite, mais un grand travers de doigt au dessous, sans quoi le cordon venant à fuir sous la pression, la ligature n'auroit porté que sur le tissu folliculeux qui lui sert de gaîne, et le sang se seroit épanché dans ce tissu, et l'auroit gonflé jusque dans l'intérieur du ventre. Les douleurs qui résultent de ce procédé, et le spasme convulsif des machoires, maladie nerveuse et presque décidément mortelle, qui a souvent lieu à la suite de l'opération dont il s'agit, l'ont fait abandonner. On a pensé qu'il suffisoit de lier les vaisseaux sanguins, et qu'il étoit inutile de comprendre dans l'anse de la ligature des parties dont la sen-

D'autres ont conseillé la compression.

La ligature du cordon lui-même a été mise en usage.

siblité paroît exquise. Il a été d'autant plus facile d'en agir ainsi, que les vaisseaux semblent sortir de l'extrémité du cordon coupé, soit parce qu'ils s'alongent en effet, comme on a cru l'avoir vu ailleurs, soit que le tissu qui les enveloppe se retire plus qu'eux. Quoi qu'il en soit, le chirurgien fait un peu relever le cordon; il recommande à l'aide qui le tient de le serrer un peu moins, afin de voir sortir le sang, et de mieux distinguer les vaisseaux qui le fournissent; puis il saisit le bout de ces vaisseaux avec une pince à disséquer, garnie d'un gros fil ciré noué d'un nœud simple, qu'il fait glisser sur eux soit avec les doigts, soit avec un stilet boutonné. Quand il juge que le fil est bien placé, il en fait serrer le nœud par un autre aide, et en fait faire un second par dessus. Cela fait, il retire la pince et nétoie la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau tiède, pour voir si quelqu'autre vaisseau ne donne pas de sang. On craint beaucoup ceux qui arrosent la substance celluleuse interposée entre les testicules, et qui est connue sous le nom de cloison du dartos. Dans le cas où une ou plusieurs artères de cette cloison seroient ouvertes, on les saisiroit de même avec la pince garnie de fil, et on en feroit la ligature. Ce moyen simple et sans inconvénient met le malade et le chirurgien à l'abri

Lier les vaisseaux seuls à l'aide d'une pince.

Lier les autres vaisseaux, s'il s'en présente.

de toute inquiétude pour l'avenir, et doit paroître préférable à la compression, dont l'effet n'est pas aussi sûr, et qui exige des attentions dont tous les chirurgiens ne sont pas capables, et un repos que tous les malades ne peuvent garder.

Il ne reste plus qu'à panser la plaie. Cependant il faut examiner avant quel est l'état des tégumens qui couvroient la tumeur. Lorsqu'ils ont été amincis, et qu'ils ont perdu le tissu cellulaire dont ils étoient pour ainsi dire tapissés intérieurement, ils ne peuvent plus se coller aux parties voisines. Si on les laisse, ils se roulent sur eux-mêmes, s'endurcissent et forment des callosités qui retardent la guérison, et qui s'y opposent quelquefois. Cet inconvénient ne peut guère avoir lieu lorsqu'on a opéré par la double incision, qui laisse sur la tumeur un lambeau de peau qu'on emporte avec elle. Mais lorsque les tégumens n'ont été que fendus, il est possible qu'il faille en retrancher une partie. On y procède avec le bistouri, après les avoir fait soutenir d'un côté par un aide, et les avoir tendus soi-même de l'autre avec les doigts de la main gauche. La plaie est ensuite remplie et couverte de charpie, par dessus laquelle on met des compresses de forme longue, une autre compresse fendue et trouée, pour servir de couvre-bourse, et

Retrancher les tégumens, s'ils sont surabondans.

Panser la plaie.

un large suspensoire, et le malade est placé au milieu de son lit, sur lequel il doit rester la tête et la poitrine un peu élevées, et les cuisses et les jambes fléchies ; un rouleau placé sous les genoux rend cette position moins incommode. Enfin, si on s'apperçoit que le malade mouille son appareil en urinant, on le couvre avec un morceau de toile ou de taffetas ciré, percé en son milieu pour laisser passer la verge. Lorsque les accidens inflammatoires sont dissipés, et que les suintemens séreux qui précèdent la suppuration commencent à être abondans, on renouvelle les pièces extérieures de l'appareil ; celles qui sont intérieures sont laissées en place jusqu'au neuvième ou dixième jour, temps où la suppuration est bien établie. Peu après les ligatures tombent ; on ôte le lien qui avoit été placé provisoirement sous le cordon, et on favorise la suppuration par tous les moyens d'usage.

Lorsque le cordon est malade, plusieurs ont conseillé de couper le pilier interne de l'anneau.

Il est quelquefois arrivé que le cordon étant malade, on ait été obligé de le lier fort haut, ou qu'il se soit trouvé étranglé dans l'anneau, dont il a fallu couper le pilier interne pour faire cesser cet accident. Bertrandi rapporte qu'il a vu un malade sur lequel on a employé ce procédé, sans dire quel en a été le succès. Garengeot le recommande dans tous les cas, sans doute

Bertrandi l'a vu faire.

dans la vue de prévenir l'étranglement que l'anneau doit produire sur le cordon, lorsque celui-ci vient à se tuméfier. La Faye et Ledran le prescrivent aussi, mais avec restriction. Il ne peut être indifférent de diviser une des bandelettes aponévrotiques, au moyen desquelles le muscle grand oblique vient se fixer au pubis. Peut-être doit-il en résulter des tiraillemens et une inflammation qui s'étendent jusque sur les parties intérieures du bas-ventre. La manière dont on fait à présent la ligature du cordon, dispense d'avoir recours à ce moyen, parce que ne portant que sur les vaisseaux sanguins qui entrent dans sa composition, cette ligature n'est pas suivie d'un engorgement et d'une augmentation de volume aussi considérable, que celle qui comprenoit toute son épaisseur.

Garengeot, La Faye et Ledran le prescrivent.

Quel doit en être le succès.

De l'Opération du Phimosis.

L'indisposition qui résulte de l'étroitesse de l'ouverture du prépuce est connue sous le nom de phimosis. On la divise en naturelle et en accidentelle. On dit qu'elle est naturelle quand elle n'est compliquée avec aucune autre maladie. Elle est regardée comme accidentelle quand il s'y joint une maladie qui augmente le volume du gland, ou qui rétrécit le prépuce. Comme le phimosis nommé acci-

La division du phimosis en naturel et en accidentel.

dentel ne peut avoir lieu que le prépuce ne soit naturellement étroit, il semble qu'il seroit plus convenable d'appeler la première espèce, phimosis simple, et la seconde, phimosis compliqué.

Il vaut mieux le diviser en simple et en compliqué.

Phimosis simple.

Incommodités qu'il cause dans les premiers temps de la vie.

Lorsque l'étroitesse du prépuce qui constitue le phimosis simple est considérable, elle donne lieu à des incommodités qui se manifestent peu après la naissance. J. L. Petit a vu deux enfans en qui cette partie n'avoit pas même d'ouverture, en sorte que leurs urines s'amassoient à l'extrémité de la verge qu'elles distendoient sous la forme d'une grosse poche ovale et transparente. Une légère incision à l'endroit où le prépuce auroit dû être percé, a corrigé cette indisposition. Beaucoup d'enfans attaqués de phimosis simple éprouvent la même chose. Comme l'ouverture du prépuce est moins grande que celle de l'urèthre, les urines ne peuvent en sortir en même quantité que de ce canal; elles le distendent aussi, et on est obligé de le vider par la compression chaque fois qu'ils ont uriné. Mais les urines, dont il est difficile qu'il ne reste quelques gouttes, s'aigrissent, irritent l'ouverture qui leur donne passage, y excitent de la douleur et de l'engorgement, et souvent le prépuce s'alonge et s'endurcit. Si on ne remédie pas à ce mal, il ne fera qu'augmenter et devenir de plus en plus fatiguant

pour le petit malade. Il pourroit se faire aussi que les matières graveleuses que les urines charient quelquefois se rassemblassent, et qu'elles formassent une concrétion pierreuse par leur réunion. L'opération qui convient en ce cas est aussi simple que facile. Le chirurgien saisit la portion alongée et endurcie du prépuce entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche. Il fait tenir la portion saine de cette membrane par un aide qui repousse le gland vers le pubis, et retranche ensuite la première d'un coup de bistouri. C'est une vraie circoncision qui n'entraîne aucune suite après elle, et qui n'exige, pour ainsi dire, aucun pansement. On laisse dégorger la petite plaie pendant quelque temps; après quoi on la couvre avec un peu de charpie rapée, qu'on a soin de renouveler chaque fois qu'elle se détache.

On y remédie par une sorte de circoncision.

Lorsque l'étroitesse du prépuce n'est que médiocre, les enfans ne sont pas incommodés du phimosis simple qui en résulte. Ils arrivent à l'age de puberté sans s'appercevoir qu'ils soient conformés d'une manière différente des autres hommes. Mais les érections qu'ils éprouvent alors le leur font sentir, parce qu'elles sont douloureuses. S'ils ont commerce avec des femmes, ils sentent encore plus de douleurs. L'humeur séminale n'est pas lancée au dehors avec la force et la liberté convenable. Souvent

Incommodités qui résultent du phimosis simple à l'âge de puberté.

aussi ils ont de fausses gonorrhées produites par l'âcreté de l'humeur séminale qui se trouve à la couronne du gland, et par les excoriations auxquelles cette humeur dégénérée donne lieu. On pourroit peut-être prévenir cette dernière incommodité en faisant tous les jours des injections d'eau tiède sous le prépuce, ou en serrant l'extrémité de cette partie avec les doigts pendant la sortie des urines, afin qu'elles s'y amassent et qu'elles servent d'injection naturelle. Mais ce moyen n'est pas aussi sûr que l'opération du phimosis, que les douleurs dans l'érection et pendant l'acte vénérien, et les difficultés de l'expulsion de la semence, rendent indispensable.

Opération qui convient dans ce cas.

Pour faire cette opération, on fait asseoir le malade sur une chaise élevée, en lui recommandant de se renverser en arrière, ou ce qui est plus commode, on le fait coucher sur le côté droit de son lit, la tête et la poitrine un peu élevées, les cuisses et les jambes fléchies et écartées l'une de l'autre. Le chirurgien saisit ensuite la verge de sa main gauche en la plaçant au dessous de ce corps, de manière que le pouce, le doigt indicateur et celui du milieu posent sur les parties latérales du prépuce; puis prenant de la droite un bistouri de peu de largeur et dont la pointe est enveloppée de cire à brûler, il introduit cet instrument à plat entre les par-

ties supérieure et moyenne du gland et du prépuce, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à la couronne du gland. S'il s'apperçoit que les tégumens avancent trop vers l'extrémité de la verge, ce qui l'exposeroit à mettre une partie du corps caverneux à nu, il les fait retirer vers le pubis. Cette précaution prise, il tourne le bistouri de façon que son tranchant regarde le prépuce, il en incline fortement le manche en tendant en même temps la peau, et il fait ensorte que sa pointe traverse la cire dont elle est couverte et la base du prépuce. Quand cela est fait, il amène l'instrument à soi et incise cette partie de derrière en devant. Si le prépuce n'est pas entiérement coupé, il en achève la section en tendant un des lambeaux de la plaie qu'il vient de faire, pendant qu'un aide tend l'autre. De même si la partie extérieure des tégumens qui forment le prépuce est coupée plus avant que leur partie intérieure, il achève de couper celle-ci. J'ai vu survenir des engorgemens douloureux et difficiles à dissiper, faute de cette précaution qui n'ajoute presque rien au désagrément de l'opération. Enfin dans le cas où l'extrémité du prépuce est endurcie et calleuse, ou seulement fort alongée, le chirurgien en retranche une partie de côté et d'autre, et il fait ainsi une espèce de circoncision, après une opération de phimosis.

La Peyronnie opéroit avec le bistouri de Bienaise.

Garengeot nous apprend que le célèbre La Peyronnie, au lieu du bistouri droit garni de cire, se servoit quelquefois du bistouri herniaire anciennement imaginé par Bienaise, dont la vis au lieu d'être perdue avoit beaucoup de prise, afin que l'instrument pût être aisément démonté. Il l'introduisoit entre le prépuce et le gland jusqu'à la couronne de ce corps, et ôtant la vis, il dégageoit la lame de sa gaîne, retiroit celle-ci et se servoit de la lame pour percer le prépuce de dedans en dehors, et pour l'inciser comme il vient d'être dit. J. L. Petit proposoit en quelques circonstances une sonde cannelée sur laquelle il faisoit glisser un bistouri fort aigu. D'autres ont fait construire des instrumens analogues dont l'effet est le même, et ne change presque rien au procédé de l'opération. Quand elle est achevée, on abandonne pendant quelques instans la plaie à elle-même pour lui donner le temps de se dégorger; après quoi on y applique de légers plumaceaux de charpie qu'on peut à son gré soutenir avec une compresse en croix de Malthe, percée à son milieu pour la facilité de la sortie des urines, et avec une petite bande, ou ne couvrir d'aucune autre pièce d'appareil. Un linge mince et chifonné de manière à former un gros tampon, est placé entre les cuisses du malade pour soutenir la verge, et on attend que les suintemens

Petit se servoit d'une sonde cannelée.

Traitement de la plaie.

suintemens et la suppuration s'établissent. S'il y avoit de l'hémorragie on plongeroit la verge dans de l'eau très-froide, on feroit saisir la partie d'où vient le sang entre les doigts, et on la feroit comprimer jusqu'à ce qu'il fût arrêté.

Phimosis compliqué.

Ce sont les chancres et les poireaux vénériens qui rendent le phimosis compliqué, de simple qu'il étoit avant. Le gonflement qu'ils attirent sur le gland et sur le prépuce, augmente le volume de l'un et l'étroitesse de l'autre, de sorte qu'ils se gênent réciproquement. L'inconvénient qui en résulte est qu'on ne peut mettre le mal à découvert pour en connoître la nature et en arrêter les progrès, et que le défaut d'excrétion du pus et la compression réunis rendent quelquefois ces progrès extrêmement rapides. Lors donc qu'à la suite d'un commerce impur, il s'établit à l'extrémité de la verge une suppuration qui n'est pas accompagnée de chaleur et d'irritation dans le canal de l'urèthre pendant la sortie des urines, lorsque le gland est plus gros que dans l'état naturel, lorsque le prépuce est rouge et engorgé, lorsqu'enfin on sent à travers cette partie des duretés locales qui indiquent le lieu qu'occupent les chancres et les excroissances verrucales, il faut se déterminer à opérer. Ici le lieu qu'il convient d'inciser est prescrit par la nature des circons-

tances. Dans les cas où le phimosis est simple, on peut à volonté fendre le prépuce à sa partie moyenne ou supérieure comme il a été dit, ou sur l'une de ses parties latérales, sans autre inconvénient qu'un peu de difformité si on prend ce dernier parti. Mais dans celui dont il s'agit, il faut que le prépuce soit ouvert vis-à-vis le lieu qu'occupent les chancres et les poireaux; et même si une première incision ne suffit pas, et que tout le gland ne puisse être mis à découvert, ce que je n'ai jamais vu, on conseille de le fendre des deux côtés. Le procédé est absolument le même que lorsque le phimosis est simple, excepté que l'ouverture du prépuce étant plus large, on a moins de peine à introduire le bistouri, et que cet instrument incise plus facilement des parties plus épaisses et plus tendues. Si le prépuce est fort alongé, ou qu'il soit rongé de chancres, il faut emporter toutes les parties altérées. La guérison, je ne dis pas de la plaie, mais de la maladie vénérienne pour laquelle on opère, est plus prompte et plus sûre, parce qu'on retranche une partie du foyer d'où elle alloit étendre son influence sur toute la masse des humeurs. Du reste le traitement de la plaie est fort simple, et analogue à celui qu'on a indiqué précédemment.

Il faut fendre le prépuce vis-à-vis les chancres.

Puis emporter l'extrémité de cette membrane, si elle est ulcérée.

L'opération par laquelle on remédie au

phimosis simple laisse le gland à découvert comme il l'est dans le cas d'*hypospadias*, où ce corps est percé à l'endroit du frein du prépuce. Il est possible que cette disposition soit incommode eu égard à l'extrême sensibilité du gland, et que la personne en qui elle se trouve désire de la changer. On lit dans Fabrice d'Aquapendente, qu'un particulier qui étoit dans ce cas s'étant adressé à lui, il lui conseilla de faire entamer avec le bistouri les bords du prépuce anciennement divisé, comme cela se pratique pour l'opération du bec de lièvre, afin qu'on pût en procurer la réunion. Fabrice ne dit pas que ce procédé ait été exécuté; mais Bertrandi assure qu'un chirurgien de Paris, de ses amis, en a fait usage, et qu'il a eu le déplaisir de voir les points de suture déchirés par l'effet du priapisme qui survint au malade. Il semble qu'il eût été facile de prévoir cet inconvénient, et qu'on n'auroit jamais dû conseiller ni entreprendre une opération aussi peu utile.

Tentative pour réunir les bords de la division du prépuce.

De l'Opération du Paraphimosis.

Le paraphimosis est opposé au phimosis. Il a lieu lorsque le prépuce porté au-delà du gland ne peut plus revenir sur ce corps, qu'il étrangle et qu'il serre, comme le feroit une

Ses causes. ligature. Cette maladie est souvent la suite d'une imprudence, lorsqu'ayant découvert le gland pour le nétoyer, on ne le recouvre pas sur le champ; d'un commerce avec une femme étroite, ou de chancres vénériens qui resserrent l'ouverture du prépuce. Elle produit la rougeur et la tuméfaction du gland, la tension et l'engorgement du prépuce, une douleur ordinairement fort vive, de la fièvre et de l'insomnie, auxquels se joint la gangrène partielle ou totale de la partie, si le mal dure longtemps.

Ramener le prépuce par des pressions.

Le premier soin du chirurgien doit être de remettre les parties dans leur état naturel, si cela est possible, et de faire pour ainsi dire la réduction du gland. Pour cela il doit saisir la verge avec les doigts indicateurs et du milieu des deux mains au-delà de la couronne du gland, et appuyer avec les deux pouces sur l'extrémité de ce corps, en ramenant le prépuce en devant, et en poussant le gland en arrière. Quelques-uns veulent, d'après Garengeot, que l'on joigne à ce procédé l'attention de faire serrer le gland sur sa longueur avec une bande fenêtrée, dont un des bouts soit passé dans l'autre, pour en alonger le diamètre de devant en arrière, et pour diminuer la largeur de sa base, ce qui est embarrassant sans être d'aucune utilité. Si la tentative qu'on vient de décrire ne réussit

Moyens antiphlogistiques.

pas, on conseille l'usage des moyens antiphlogistiques, tels que la saignée, les boissons délayantes, les bains, les cataplasmes émolliens, etc. Le malade souffre beaucoup; il est menacé de gangrène; il n'y a par conséquent pas de temps à perdre, et il faut se déterminer d'autant plus promptement à opérer, que le cas l'exige, et que l'opération n'a rien de fort douloureux et n'entraîne aucun danger. Pour la faire, on saisit la verge comme dans le phimosis, et avec un bistouri demi-courbe, dont on tient le tranchant en haut et le dos vers la verge, et dont la pointe est engagée successivement sous les brides du prépuce, on les coupe toutes en travers; après quoi il n'y a plus qu'à scarifier les bourrelets qui sont dans l'intervalle de ces brides, dans une direction longitudinale et parallèle à celle de la verge, pour en obtenir le dégorgement. Cette opération ne permet pas de réduire le prépuce, comme le croient ceux qui manquent d'expérience en ce point; mais elle fait cesser l'étranglement qui résulte de sa pression, et tous les accidens qui étoient la suite de cet étranglement. On abandonne la plaie à elle-même pendant quelques instans. On la couvre ensuite d'un linge sur lequel on a étendu du cérat; on applique un cataplasme par dessus, et la partie est mise dans une position élevée,

Débridement.

afin que les humeurs ne s'y portent pas avec autant de facilité. Les suintemens qui s'établissent font bientôt revenir les parties à leur état naturel.

De l'Amputation de la Verge.

Cas qui la nécessitent.

On fait l'amputation de la verge lorsqu'à la suite de chancres vénériens mal traités, cette partie devient carcinomateuse, et que le mal ne s'étend pas jusqu'à sa racine, ou qu'il n'est pas compliqué avec l'engorgement des glandes des aînes. On la recommande aussi dans les cas d'affections gangréneuses; mais elle n'est pas nécessaire alors, car si la gangrène est bornée, les parties qu'elle attaque se séparent d'elles-mêmes. Si au contraire le mal fait encore des progrès, l'extirpation ne l'empêche pas de s'étendre plus loin. L'amputation de la verge pourroit offrir une ressource utile en quelques autres circonstances. Peut-être auroit-elle sauvé la vie au jeune homme dont il est parlé dans les annotations anatomiques d'Albinus. On lui avoit plié la verge avec force dans le moment d'une violente érection. Il y survint peu à peu une tumeur qui n'altéroit pas la couleur de la peau, et qui n'empêchoit pas qu'elle ne glissât aussi librement qu'à l'ordinaire. La pression la faisoit disparoître en entier dans les com-

mencemens, mais dans la suite cette tumeur ne s'effaçoit qu'en partie. Comme elle avoit assez de mollesse, on la prit pour un abcès, et on jugea à propos d'y appliquer des maturatifs qui la firent augmenter de volume. On se détermina à l'ouvrir, contre l'avis d'Albinus. Il en sortit beaucoup de sang qu'on eut de la peine à arrêter, et le jeune homme mourut en peu de jours, par des hémorragies lentes qui se succédèrent. On trouva par la dissection que la maladie étoit un anévrisme du corps caverneux, maladie qu'on auroit dû reconnoître plus tôt, puisque la tumeur étoit molle, flasque, et peu considérable lorsque la verge étoit sans action, et qu'elle devenoit plus ferme et plus grosse lorsque la verge roidissoit.

Quelques-uns employent la ligature.

Quelques-uns, au lieu d'amputer la verge, conseillent de l'extirper au moyen d'une ligature qu'ils font autour de ce corps, après avoir placé une cannule dans l'urèthre, ou avoir introduit une algalie dans la vessie. Ce fut ainsi qu'on opéra le paysan dont parle Ruisch dans ses observations. La première ligature fut douloureuse. On en fit une seconde pour accélérer la mortification. La partie fut enveloppée avec une vessie mouillée pour recevoir les urines et empêcher l'odeur. Le cinquième jour le membre étoit mort; on le retrancha avec le bistouri sans qu'il survînt

Obs. de Ruisch.

d'hémorragie. Deux autres jours après on ôta la sonde devenue inutile par la chûte du cordon avec lequel on avoit lié. Un de mes élèves m'a dit autrefois avoir vu opérer de cette manière avec succès. Heister et Courcelles la recommandent comme préférable à l'amputation. Ce sont peut-être ses succès dans des cas de gangrène, qui en ont fait porter un jugement aussi favorable. Dans ceux de carcinôme, elle doit causer les douleurs les plus vives, comme il arrive toutes les fois que les ligatures portent sur les tégumens. On pourroit les couper avec le bistouri ou les entamer avec un cordon de fil de coton trempé dans de l'acide nitreux, avant de lier le corps caverneux et l'urèthre. Mais ce seroit deux opérations pour une, et cette façon d'extirper la verge seroit peut-être encore fort douleureuse.

Elle est recommandée par Heister et par Courcelles.

Manière d'opérer avec le bistouri.

Il vaut mieux l'emporter avec le bistouri. Le malade étant couché sur le bord droit de son lit, le chirurgien saisit la verge de la main gauche avec l'attention de tirer les tégumens vers le gland, et il retranche la partie d'un seul coup. Il introduit ensuite une algalie jusque dans la vessie. S'il manquoit à ces précautions, il seroit possible que le corps caverneux et l'urèthre se retirassent avec force du côté du pubis, et que la peau se repliant sur elle-même bouchât l'ouverture

de l'urèthre, et devint un obstacle insurmontable à la sortie des urines. Ledran a vu cet inconvénient arriver. Il fallut appuyer le doigt sur le lieu malade à plusieurs reprises, pour sentir le point où les urines faisoient effort pour sortir. On y porta la pointe d'une lancette, et l'ouverture qui avoit été faite avec cet instrument fut entretenue au moyen d'une cannule.

L'amputation de la verge est quelquefois suivie d'une effusion de sang assez considérable. Je l'ai vu s'échapper avec force de la veine honteuse moyenne et des artères qui rampent sur les parties latérales et supérieure du corps caverneux, et sourdre du tissu spongieux qui remplit ce corps et de celui de l'urèthre. Ce sang a été bientôt arrêté par l'application d'un fer prêt à rougir, avec lequel je touchai la surface de la plaie, dans la vue de détruire les points carcinomateux qui auroient pu n'avoir pas été emportés. Dans une casion où je m'étois contenté d'un appareil compressif, je l'ai vu se porter dans la vessie et ressortir mêlé avec les urines qu'il teignoit fortement. Surpris d'un événement aussi peu attendu, je levai l'appareil, et je vis bientôt que ce sang fourni par une artère du tissu spongieux de l'urèthre, couloit entre ce canal et la sonde. Je l'arrêtai avec une mèche de charpie dont j'entourai cet instrument en Hémorragie.

manière d'écharpe, et que je poussai jusque sur l'endroit d'où il sortoit.

Manière d'y remédier.

En général les hémorragies de cette espèce doivent être arrêtées comme les autres. Si les vaisseaux d'où vient le sang sont gros, il est prudent d'y faire autant de ligatures qu'il s'en présente. On se sert pour cela d'une pince à disséquer qui traverse le nœud du fil dont on va se servir, comme lorsqu'il s'agit de lier les vaisseaux spermatiques après, le retranchement du testicule. Si les vaisseaux sont d'un petit calibre, ou que le sang suinte du corps caverneux comme d'une éponge, il faut l'arrêter avec les stiptiques aidés de la compression. Un plumaceau assez épais trempé dans de l'eau alumineuse et fortement exprimé, est appliqué sur la surface de la plaie. Ce plumaceau est contenu par un autre qui est sec, et celui-ci par les doigts d'un aide. Lorsque le sang est arrêté on met des compresses fendues dont les chefs sont croisés sur les bourses, et le tout est assujetti par un bandage en double T, ou par des languettes de linge garnies à leur extrémité d'une substance emplastique un peu collante, telle que de la gomme ammoniaque dissoute dans du vinaigre, et épaissie au bain-marie jusqu'à consistance de miel. Il est quelquefois utile de couvrir cet appareil avec une espèce de trousse-bourse de toile ou de taffetas

ciré, pour empêcher qu'il soit mouillé par les urines. Des trousses-bourses de maroquin m'ont paru meilleurs, en ce qu'ils ne s'humectent pas aussi aisément. Il en faut plusieurs qu'on fait sécher à mesure qu'ils se trouveut gâtés.

Les pansemens n'ont rien de particulier. La sonde qui étoit nécessaire au moment de l'opération pour empêcher que l'urèthre ne fût bouchée par le renversement et la tuméfaction des tégumens, devient bientôt inutile, parce que la suppuration les relâche. Peut-être cependant faut-il encore en faire usage vers la fin du traitement, pour empêcher que la cicatrice ne cause un trop grand retrécissement à l'urèthre. Bertrandi rapporte un cas tiré des ouvrages de Nannoni, dans lequel il fallut agrandir l'ouverture de ce canal qui étoit fort resserrée, parce qu'on n'avoit pas eu cette attention. Ruisch dit qu'après l'opération dont il a été parlé plus haut, il fallut faire faire au malade une cannule d'argent pour faciliter l'écoulement de ses urines. J'en ai fait usage lors de la première amputation de la verge que j'ai pratiquée, parce que le mal avoit exigé que ce corps fût coupé fort près du pubis, et que le malade étoit mouillé chaque fois qu'il urinoit. Ceux que j'ai opérés depuis n'ont pas eu besoin de ce secours. Ils ont poussé leurs urines fort loin, et dans une

Ruisch recommande une sorte de cannule pour diriger les urines.

Elle est inutile.

direction presque semblable à celle qu'elles ont dans l'état de la plus parfaite intégrité.

Des Opérations relatives aux Imperforations de l'Anus, de l'Urèthre et du Vagin.

De l'Imperforation de l'Anus.

Trois espèces d'imperforations de l'anus.

On peut distinguer trois espèces d'imperforations de l'anus, lesquelles sont différentes par leur nature et par le danger dont chacune d'elles est accompagné. Dans la première, l'anus est bouché par une membrane, ou bien il présente une ouverture trop étroite pour permettre une issue libre aux excrémens. Dans la seconde, cette partie paroît bien conformée, et on pénètre avec la sonde ou avec le doigt dans un canal plus ou moins alongé, lequel est terminé par un cul-de-sac bouché par une membrane. Dans la troisième, il n'y a aucune apparence d'anus. Il faut joindre à ces vices de conformation un genre d'imperforation tel que le rectum s'ouvre dans la vessie, dans l'urèthre ou dans le vagin. Lorsque cela se rencontre aux enfans du sexe féminin, il est possible que ces enfans s'élèvent et qu'ils vivent, parce que le canal de l'urèthre est susceptible d'une grande dilatation chez les femmes, et que le vagin offre une voie suffisante pour

la sortie des excrémens. Lorsque cela a lieu sur des enfans du sexe masculin, leur mort est inévitable pour les raisons contraires.

Première espèce.

Le premier genre de l'imperforation est facile à connoître : l'enfant ne rend point de méconium ; il fait de fréquens efforts qui, dans un état plus avancé, se terminent par des mouvemens convulsifs. Son visage est très-haut en couleur ; ses yeux sont rouges et saillans ; les veines de son cou sont gonflées. Ces symptômes indiquent un genre quelconque d'imperforation de l'anus. Celui qui a lieu fait voir à l'endroit où cette ouverture devroit être placée, une membrane un peu transparente, à travers laquelle on distingue la couleur du méconium. Dans les efforts que l'enfant fait pour se vider, cette membrane s'élève et forme une tumeur plus ou moins saillante. Le doigt que l'on pose dessus fait sentir le flot obscur de la matière retenue. Lorsque les contractions du ventre se renouvellent, ce flot est plus marqué : enfin s'il n'y a au lieu de l'anus qu'une ouverture étroite, qui permette à la partie la plus fluide du méconium seule de s'échapper, l'enfant se salit un peu et il fait moins d'efforts, mais il en fait assez pour que l'on soit excité à s'assurer de l'état des choses par l'examen des parties ; cet état se montre avec évidence.

Moyens d'y remédier.

Si c'est une membrane qui bouche l'anus, il faut l'ouvrir de bonne heure. Les efforts

que l'enfant ne peut se dispenser de faire, produiroient bientôt des engorgemens mortels aux poumons et au cerveau. L'opération nécessaire n'est ni longue ni difficile; aussi a-t-elle réussi à tous ceux qui l'ont pratiquée: à Fabrice de Hilden, à Saviard et à d'autres. On fait une ou plusieurs incisions, de manière que la membrane soit fendue en long ou coupée en croix. Ce dernier procédé est le meilleur: l'enfant est ensuite abandonné à la nature, et il n'est pas à craindre que les parties se recollent, parce que le passage continuel des matières s'y oppose. Quelques-uns ont conseillé, pour cette opération, l'usage d'un fer rougi au feu, dans la vue d'opérer une perte de substance en même temps que l'on fait l'ouverture; et d'autres celui du trois-quarts dont le calibre est toujours insuffisant, quelque grosseur qu'on lui donne.

S'il y a ouverture à l'anus, mais qu'elle soit trop étroite, il est aisé de l'agrandir dans le sens que l'on juge convenable, au moyen d'une sonde cannelée et d'un bistouri. Ce cas est moins simple que l'autre. Il est possible que le défaut d'ouverture ne soit pas seulement à la peau, et qu'il s'étende à l'extrémité du rectum qui est trop étroite. L'incision alors porte sur des parties dont la blessure peut être dangereuse: les bords ont beaucoup plus de disposition à se rapprocher et à se réunir, de

sorte qu'on ne peut se dispenser de mettre un suppositoire qui sera renouvelé autant de temps que le besoin l'exigera, c'est-à-dire, jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée. Enfin, il est possible que la totalité du sphincter ait été divisée dans l'incision que l'on a été obligé de pratiquer; que l'action organique de l'anus soit détruite, et que la sortie des excrémens reste involontaire. Cet inconvénient est grave et incurable; je l'ai observé sur un enfant qui n'est mort que quelques mois après l'opération que je lui avois faite, et qui est péri de toute autre maladie.

Seconde espèce.

La seconde espèce d'imperforation de l'anus est fort dangereuse à beaucoup d'égards, mais sur-tout parce qu'étant cachée, et les parties se présentant sous l'aspect ordinaire, et comme si elles étoient bien conformées, elle échappe long-temps aux personnes qui prennent soin de l'enfant, et qui ne requièrent le secours des gens de l'art que lorsqu'il est épuisé de forces, et lorsque les engorgemens intérieurs dont il a été parlé plus haut sont déjà formés. Il ne faut cependant rien négliger pour conserver le sujet: l'introduction du petit doigt, et en cas d'impossibilité, celle d'une sonde, instruisent de la profondeur de l'obstacle qui s'oppose à la sortie des excrémens. Si cette profondeur est médiocre, et que le doigt puisse être introduit dans le cul-de-sac qui se pré-

sente, on peut y porter un bistouri auquel on sera probablement forcé de donner une direction telle qu'il coupe de derrière en devant, c'est-à-dire, de la fin du sacrum vers les bourses, ou vers le *pudendum.* Si la profondeur est plus grande, ou que le doigt ne puisse être introduit, il faut se servir d'un trois-quarts dont la cannule soit cannulée sur sa longueur, pour qu'elle puisse servir de guide au bistouri. Le danger de cette opération résulte de la profondeur à laquelle l'incision doit être faite, et en même temps de l'état de l'intestin à l'endroit où il se termine. Si cet intestin est rempli de méconium, et fort distendu, il est possible que la partie qui se présentera à l'instrument, ne soit point celle qui devroit aboutir au fond du cul-de-sac sur lequel on opère, de sorte que se retrécissant et reprenant sa position, après que le méconium est écoulé, la plaie qu'on y a faite ne réponde plus à l'ouverture de la plaie extérieure, et qu'il se fasse des infiltrations mortelles dans le bassin. Une enfant que j'ai opérée, et qui est morte le lendemain, m'a montré cette disposition : Engerrand l'a aussi rencontrée dans un cas de la même espèce. J. L. Petit a été plus heureux : le canal qui répondoit à l'extrémité du rectum avoit un pouce de long ; ce canal étoit si étroit qu'on ne pouvoit y introduire que le petit doigt.

Petit

Petit eût desiré pouvoir porter le bistouri sur la membrane qui le terminoit, à l'aide de ce doigt ; mais l'instrument dut être porté seul. Petit le dirigea le mieux qu'il lui fut possible, et avec assez de succès pour que les matières sortissent librement pendant deux mois que l'enfant a vécu : cet enfant n'est mort ni de l'imperforation de l'anus, ni de l'opération qui lui a été faite.

Le troisième cas d'imperforation de l'anus n'offre, pour ainsi dire, aucune ressource. Rien dans la disposition des parties extérieures du bassin n'indique le lieu auquel doit répondre l'extrémité du rectum. D'ailleurs, cette extrémité peut être si éloignée, qu'il soit impossible d'y atteindre : on l'a vu répondre à la partie supérieure du sacrum, depuis laquelle l'intestin manquoit en entier. Comment alors porter des instrumens tranchans à une aussi grande profondeur? Si on peut se flatter de réussir à procurer la sortie du méconium, à travers quelle épaisseur de parties ne devroient-ils pas passer? Cette cause d'infiltration, jointe à celles énoncées plus haut, la rendra inévitable, sans parler du délabrement que les instrumens produisent nécessairement dans la cavité du bassin, où ils marchent pour ainsi dire au hazard, jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'intestin. C'est en vain qu'on invoqueroit les lumières de l'ana-

Troisième espèce.

tomie; elles sont insuffisantes dans un cas de cette espèce : aussi est-il extrêmement douteux que l'on ait réussi à sauver des enfans qui étoient dans cette circonstance. On est parvenu à ouvrir l'intestin et à procurer la sortie du méconium ; ils ont été soulagés, et sont morts peu de temps après.

Opération proposée par Littre.

On a eu l'idée de venir au secours des enfans aussi malheureusement conformés, par des opérations graves et incertaines, mais dont le danger n'a pas paru aussi évident que celui des incisions pratiquées dans la vue d'atteindre l'intestin par l'endroit où il a coutume d'aboutir. Quelques-uns ont pensé avec Littre, qu'on pourroit faire une ouverture au ventre, près une des aînes, aller chercher une portion intestinale, l'ouvrir, la fixer à l'incision par quelques points de suture, établir enfin un anus contre-nature à l'endroit de la plaie. Il n'est pas venu à ma connoissance que ce projet d'opération ait été exécuté par aucun autre que par le cit. Duret, l'un des premiers chirurgiens de la marine à Brest.

Obs. de Duret.

Un enfant né avec l'espèce d'imperforation dont il s'agit ici, lui fut présenté trente-quatre heures après sa naissance. Cet habile praticien jugeant que le cas étoit extrêmement grave, engagea plusieurs personnes de la profession à lui donner leurs avis : on résolut de plonger

un bistouri dans l'endroit auquel l'extrémité du rectum devoit répondre; mais on ne put parvenir à cet intestin que l'on reconnut manquer à sa partie inférieure, parce qu'une sonde introduite assez profondément à travers la plaie, ne rencontra pas de corps dur et tendu qui en indiquât la présence. L'enfant parut sans ressource; son ventre étoit fort élevé; il avoit des vomissemens fréquens, et ses extrémités étoient froides, ce qui annonçoit une mort prochaine; cependant il vivoit encore vingt-quatre heures après. Le citoyen Duret proposa alors de lui ouvrir le ventre au bas de la région iliaque gauche, d'aller chercher l'S du colon, de faire une ouverture à cet intestin, et de le fixer au voisinage de la plaie. Cette opération fut d'abord essayée sur le corps mort d'un enfant d'environ quinze jours: les consultans satisfaits de sa réussite, décidèrent qu'elle seroit pratiquée sur le petit malade. Effectivement, le citoyen Duret la lui fit: l'intestin fut assujéti par deux fils cirés que l'on passa derrière, et que l'on fixa aux bords de la plaie. L'ouverture faite suivant la longueur du colon, donna issue à une grande quantité de vents et de méconium, et la plaie fut pansée de la manière la plus simple. Dès le lendemain, l'enfant étoit déja dans un état assez satisfaisant; il faisoit entendre quelques cris que la foiblesse dans

laquelle il étoit avant, l'avoit empêché de pousser. Les jours suivans sa situation s'améliora, au point que l'on jugea qu'il n'avoit plus besoin que de soins de propreté, et les fils d'attente qui retenoient l'intestin furent ôtés. Le septième jour l'enfant fut remis à ses parens; il vit avec un anus contre-nature compliqué d'un double renversement d'intestin, qu'il n'a été possible de prévenir ni de corriger. Peut-être pourra-t-on y remédier dans la suite, lorsque l'enfant aura plus de force et de raison; il n'est encore âgé que de vingt-cinq mois.

Opération proposée par Callisen.

Au lieu de faire une ouverture au ventre au dessus de l'aîne, Callisen, chirurgien qui jouit d'une réputation distinguée à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie gauche du colon, dans son trajet le long de la région lombaire, où il suppose qu'elle est en quelque sorte au dehors de la cavité du péritoine. Il voudroit que l'on incisât entre le bord des fausses côtes et la crête de l'os des îles, parallèlement au bord antérieur du muscle quarré des lombes. Il en résulteroit de même un anus contre-nature, mais qui seroit moins défavorable, parce que le sujet incommodé pourroit se garnir plus aisément, et que son infirmité seroit plus éloignée des organes de la génération. Callisen a essayé cette opération sur un enfant mort qui avoit

le rectum imperforé, sans apparence d'anus; il n'avoit pas assez bien pris ses dimensions, de sorte qu'il ouvrit le péritoine, et pénétra dans le ventre. Ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il parvint au colon, comme il se l'étoit proposé; cependant il ne dissimule pas que ses doigts qu'il avoit introduits dans la première incision, et dont il se servit pour assujétir cet intestin, lui furent très-utiles. La plaie faite dans le lieu qu'il désigne ne lui paroît pas devoir être de grande importance, vu le petit nombre de vaisseaux sanguins qui s'y rencontrent.

Ce projet est louable, puisqu'il a pour but, ainsi que celui de Littre, de conserver des enfans qui semblent dévoués à une mort certaine; mais les difficultés que son exécution présente, ne sont pas compensées par le foible avantage qui pourroit en résulter. D'ailleurs, rien n'est moins sûr que la position que Callisen attribue au colon dans les enfans du premier âge: il semble, au contraire, que cet intestin est retenu par un lien membraneux et lâche, qui est de la même nature que le mésocolon, et qui le rend, en quelque manière, flottant dans le ventre. Il vaudroit donc mieux s'en tenir à l'opération de Littre, qui paroît plus facile à pratiquer, et qui a eu, entre les mains du citoyen Duret, un succès dont il n'est pas possible de douter.

De l'Imperforation de l'Urèthre.

Cette imperforation peut avoir lieu dans les deux sexes.

Aux enfans mâles.

Elle est rare chez les enfans mâles; je l'ai cependant vue une fois : l'extrémité de l'urèthre paroissoit disposée comme à l'ordinaire, mais les bords de l'ouverture étoient collés l'un à l'autre. On s'aperçut de ce vice de conformation, parce que l'enfant n'étoit pas mouillé, et parce qu'il faisoit des efforts continuels, comme pour rendre ses gros excrémens, quoique le méconium s'écoulât avec facilité. J'ouvris avec la pointe d'une lancette, et je ne mis rien pour empêcher les parties incisées de se réunir, dans la persuasion où j'étois que la sortie des urines auroit cet effet. Mon attente n'a pas été trompée, et l'enfant a cessé sur le champ de paroître incommodé.

Hypospadias.

Il est probable que ce qui prévient l'imperforation de l'urèthre chez les enfans mâles, est le peu d'épaisseur de ce canal à l'endroit qui répond à la racine du gland, au lieu qu'occupe le frein du prépuce; de sorte que les urines y trouvant moins de résistance qu'ailleurs, et ne pouvant traverser le gland, elles se frayent une ouverture qui leur permet de sortir. Peut-être aussi la disposition dont je parle est-elle en quelque sorte naturelle, car

on ne la rencontre qu'en des enfans chez qui le frein du prépuce manque absolument, et où cette partie n'a pas une étendue suffisante pour couvrir le gland. Le vice de conformation qui en résulte est connu sous le nom d'*hypospadias*. Ce vice differe en ce que l'ouverture de l'urèthre, située, pour le plus souvent, à l'endroit désigné, s'en éloigne quelquefois, et se porte à une plus grande distance du gland, et même à la partie de la verge qui fait angle avec les bourses. Rien n'est plus aisé à connoître : l'est-il également d'y remédier, ou plutôt doit-on le tenter?

Hypospadias ordinaire.

L'*hypospadias* le plus ordinaire, celui qui consiste en ce que le gland est percé à sa base, est fort commun ; il ne cause aucune incommodité. Quelques-uns se sont persuadé qu'il nuit à la faculté d'engendrer, parce que l'humeur séminale n'est pas portée d'une manière assez directe vers le col de la matrice. En conséquence, ils ont conseillé des opérations aussi dangereuses qu'elles seroient inutiles, comme de percer le gland depuis son sommet jusqu'à la cavité de l'urèthre, soit avec une lancette ou avec un trois-quarts; de placer dans le trajet que ces instrumens ont parcouru, une cannule qui y seroit assujétie jusqu'à ce que la plaie se consolidât, et de travailler à fermer l'ouverture qui est au dessous du gland, en la cautérisant, et en la

faisant suppurer ; ou de fendre le gland depuis l'ouverture de sa base jusqu'à son sommet, à une profondeur qui permette d'y placer une cannule, et de rapprocher le reste des bords de la plaie, pour en obtenir la réunion. Il suffit, pour apprécier ces projets, de se rappeler l'extrême sensibilite du gland, et la nature de la substance dont il est composé, laquelle ne pourroit être entamée profondément sans donner beaucoup de sang ; ou plutôt de consulter l'expérience qui dit que les personnes ainsi conformées, sont également propres à engendrer que les autres.

Hypospadias moins fréquent.

Il n'en est pas de même de celles en qui l'ouverture de l'urèthre s'éloigne beaucoup du gland : si cette ouverture répond à la racine de la verge, l'humeur séminale ne peut être portée à l'endroit convenable, et les sujets ainsi disposés ne peuvent avoir d'enfans. C'est un malheur auquel il n'y a point de remède. Ces sujets ont souvent été pris pour des filles au moment de leur naissance, et élevés comme telles. Tous les enfans mâles ne naissent pas avec les testicules hors du ventre. La peau des bourses paroît enfoncée à leur partie moyenne, en ceux qui ont l'espèce d'*hypospadias* dont il s'agit. La verge, à cette époque, ne fait guères plus de saillie que le clitoris n'en fait sur quelques sujets du sexe féminin, de sorte qu'il est aisé de s'y mé-

prendre. Je dois avouer que cela m'est arrivé, même dans une circonstance où plusieurs personnes de l'art étoient d'un avis différent du mien. Le sujet que nous avions sous les yeux étoit âgé de douze à quatorze ans; il n'avoit pas encore de testicule dans les bourses; sa voix étoit grêle comme celle d'une fille, parce qu'elle n'avoit pas mué; il avoit la peau délicate et blanche; son embonpoint aida à me tromper, en ce que je crus apercevoir en lui des mamelles qui étoient prêtes à se développer. Il grandit, et toutes ces apparences se dissipèrent; c'étoit un garçon.

L'imperforation de l'urèthre n'est pas plus commune chez les enfans du sexe féminin que chez les enfans mâles; on s'en aperçoit également, parce que l'enfant ne rend point d'urine. Si le seul obstacle qui s'oppose à leur sortie est une membrane mince, qui soit tendue par la présence du liquide qui cherche à s'échapper, il est aisé d'y remédier en la perçant avec la pointe d'une lancette ou avec celle d'un bistouri. Si les urines étoient retenues par un resserrement absolu de l'extrémité de l'urèthre, et qu'on s'aperçût du lieu où ce canal se termine, on l'ouvriroit de la même manière, quoiqu'avec plus de difficulté.

Imperforation de l'urèthre aux enfans femelles.

La nature trouve aussi, dans ces cas, les moyens de suppléer au défaut de conforma-

Comment la nature y remédie.

tion que présente le conduit des urines, en préparant à cette liqueur une voie qui n'est pas ordinaire; on en trouve un exemple dans les observations de Cabrole. Ce chirurgien dit avoir donné des soins à une demoiselle de dix-huit à vingt ans, qui avoit toujours rendu ses urines par le nombril. Cette partie étoit alongée en manière de crête de coq. Cabrole, avant de rien entreprendre, voulut connoître la disposition de l'urèthre, et l'ayant trouvé fermé par une membrane assez épaisse, il commença par l'ouvrir et par y placer une cannule, pour ramener les urines par en bas, et pour leur procurer une issue convenable. Il fit ensuite une forte ligature autour de l'excroissance du nombril, et il eut la satisfaction de guérir la malade en treize ou quatorze jours. Littre a aussi communiqué à l'Académie des sciences, en 1701, l'histoire d'une fille qui avoit presque toujours rendu ses urines par le nombril, parce que le col de la vessie se trouvoit bouché par une chair fongueuse.

Obs. de Cabrole.

Obs. de Littre.

De l'Imperforation du Vagin.

Non-complète.

Il est assez commun de voir naître des filles avec différentes espèces d'imperforation du vagin : quelquefois cette imperforation n'est pas complète, de sorte que les écoule-

mens ordinaires trouvant une issue libre, on est long-temps à s'en apercevoir. On a sans doute été souvent dans l'obligation de remédier à ce vice de conformation, pour mettre les jeunes femmes qui en étoient attaquées en état de remplir le but du mariage. Quelques-unes ont pu le remplir malgré la disposition dont il s'agit ; et la membrane qui bouchoit une partie de l'orifice du vagin s'est déchirée dans les efforts de l'accouchement, ou a été incisée autant qu'il convenoit, pour favoriser cette opération de la nature. Il est plus extraordinaire qu'il se soit vu deux membranes de cette espèce placées l'une au-dessus de l'autre ; car celle que l'on rencontre si souvent n'est autre chose que l'hymen dont l'épaisseur et la consistance sont plus grandes que dans l'état naturel. Mais cette seconde membrane que l'on dit avoir rencontrée au dessus, par quoi étoit-elle formée ? Cependant Ruisch en rapporte un exemple. Une femme en travail d'enfant depuis trois jours, ne pouvoit accoucher. La tête se présentoit au dehors, mais elle étoit retenue par l'hymen qui lui bouchoit le passage, et qui étoit fort tendu. Ruisch y fit faire une incision qui fut sans succès, parce qu'une autre membrane plus épaisse, et située plus profondément dans le vagin, empêchoit la sortie de l'enfant. Cette seconde membrane ayant été coupée,

Obs. de Ruisch.

l'enfant sortit, et le reste de l'accouchement se termina heureusement.

Imperforation complète du vagin.

Lorsque l'imperforation du vagin est complète, il survient, au moment de l'éruption des règles, un grand nombre d'incommodités qui augmentent d'intensité à mesure que le sang s'amasse dans ce canal, et qui peuvent entraîner la perte de la malade, lorsque la cause en est inconnue, ou qu'on s'en aperçoit trop tard. Ces incommodités sont assez semblables à celles de la grossesse. Tels sont les borborygmes, la perte ou la dépravation de l'appétit, les nausées, les vomissemens, le gonflement des mamelles, les spasmes, les mouvemens convulsifs, la tuméfaction du ventre, etc. Aussi est-il souvent arrivé que de jeunes filles qui étoient dans ce cas, aient passé pour être enceintes, quoiqu'elles n'eussent pas en elles les conditions nécessaires pour le devenir: quelques-unes sont mortes après avoir éprouvé les accidens les plus douloureux.

Comment on y remédie.

Lorsque la membrane qui se trouve à l'extrémité du vagin est le seul vice de conformation que présentent les parties génitales, il est facile de guérir les malades par une incision cruciale, ou par une seule incision dont on tiendra les bords écartés par une tente d'une longueur et d'une grosseur raisonnables. On trouve des exemples de la

réussite de cette opération dans un grand nombre d'auteurs. Je me contenterai de rapporter le suivant qui est tiré de Fabrice d'Aquapendente. Une jeune fille vint au monde avec une membrane qui bouchoit le vagin en entier; elle n'en fut pas incommodée jusqu'à l'âge de treize ans, temps auquel ses règles voulurent paroître. Comme elles étoient retenues, il survint à la malade des douleurs atroces dans les reins, à la partie inférieure du bas-ventre, et au haut des cuisses. On crut qu'elle étoit attaquée de goute sciatique, et on la traita en conséquence: les remèdes qu'on lui prescrivit ne l'empêchèrent pas de tomber dans une fièvre étique, qui la réduisit à un marasme décidé, et qui lui causa des insomnies, de l'inappétence et du délire. Il se forma ensuite une tumeur douloureuse et fort rénitente dans la partie du bas-ventre qui répond à la matrice. Ces douleurs augmentèrent tous les mois, au tems auquel la malade devoit avoir ses règles; elle étoit mourante, lorsqu'on appela Fabrice d'Aquapendente, qui, après avoir examiné l'état des choses, fit l'opération qui convient en ce cas. Il sortit du vagin une quantité prodigieuse de sang noir et putréfié; les accidens diminuèrent peu à peu, et la malade guérit.

Obs. de Fabrice d'Aquapendente.

Il n'est pas toujours également facile de remédier à l'imperforation du vagin, lors-

qu'elle est produite par le rapprochement des parois de ce canal dans une grande étendue: la réussite de l'opération devient plus difficile, parce qu'on ne peut parvenir au lieu qui contient le sang, qu'en traversant une épaisseur de parties plus ou moins considérable, et qu'il est à craindre d'intéresser le rectum ou la vessie. Une demoiselle de vingt-quatre ans, après avoir éprouvé sans succès, depuis huit ans, les remèdes les plus propres à provoquer l'écoulement des menstrues, avoit le ventre extrêmement gonflé et dur, et une espèce de zone étendue d'un côté à l'autre, à la hauteur du nombril. On aperçut enfin que l'imperforation du vagin étoit la seule cause de ces accidens, et de tous ceux que la malade n'avoit cessé d'éprouver depuis long-temps. On lui fit une incision qui permit de porter le doigt dans un grand vide, et qui fut suivie d'un écoulement de sang assez abondant. On croyoit avoir pénétré dans le vagin; mais la malade étant morte trois jours après, on s'aperçut, à l'ouverture de son corps, qu'on s'étoit trompé: la cavité dans laquelle on avoit introduit le doigt étoit la vessie. Le vagin étoit terminé inférieurement par un corps d'un pouce de diamètre, et d'un demi-pouce de haut; la partie supérieure de ce conduit, la matrice et les trompes étoient excessivement dilatées et remplies d'une sanie

Obs. de De Haen.

de couleur brune-noirâtre. Une pareille humeur étoit répandue dans le ventre, et l'on vit qu'elle venoit d'une crevasse qui s'étoit faite aux trompes. Les ovaires étoient dans leur état naturel. De Haen qui rapporte ce fait dans la sixième partie de son ouvrage intitulé *Ratio medendi*, pense que, pour éviter l'ouverture du rectum ou de la vessie, il faudroit ne faire à la membrane qui bouche le vagin, qu'une seule incision oblique, suivant le conseil qui en a été donné par Job à Méeckren.

Fin du Tome premier.

